## **BIENVENIDO A NUESTRO CONSULTORIO!**

Fecha:				

## DAMOO DEL DAGIENME

GUL	F COAST ENDO	DONTICS

Dirección:	T ENDODONTICS
Dirección:	ROOT of the Problem
Teléfono—Casa:	APODO
Seguro Social: Fecha de Nacimiento: Sexo: _ M _ F Nombre de Profesión: Dirección del Trabajo: Médico General: Nombre de la persona que lo refirió: Médico General: Nombre de la persona que lo refirió: Médico General: Nombre de la persona que lo refirió: Médico General: Médico General: Nombre de la persona que lo refirió: Médico General: Médico G	Código Postal:
Profesión:	
Dentista General: Nombre de la persona que lo refirió: Médico Genera  NOTA: Es el paciente estudiante? Si No Tiempo Completo? Si No  HISTORIA MÉDICA:  Marque la "S de si" si la respuesta es afirmativa, y la "N de no" si la respuesta es negativa a las siguientes pregunta que se aplican a usted, actualmente o en el pasado:  S N S N S N Adición a Drogas De Presión Alta Adición a Drogas De Presión Alta Departado Depa	e Esposo/a:
NOTA: Es el paciente estudiante?   Si	
HISTORIA MÉDICA:  Marque la "S de si" si la respuesta es afirmativa, y la "N de no" si la respuesta es negativa a las siguientes pregunta que se aplican a usted, actualmente o en el pasado:  S N S N S N S N S N S N S N S N S N S	al:
Marque la "S de si" si la respuesta es afirmativa, y la "N de no" si la respuesta es negativa a las siguientes pregunta que se aplican a usted, actualmente o en el pasado:  S N S N S N S N S N S N S N S N S N S	
□ Válvula Artificial en la Corazón □ Tuberculosis □ Presión Alta □ Adicción a Drogas □ Di □ Fiebre Reumática □ Hepatitis A, B o C □ Soplo Cardiaco □ Coyunturas Artificiales □ Dol □ Prolapso de la Válvula Mitral □ HIV Positivo □ Cirugía del Corazón □ Epilepsia o Convulciones □ En Ha tomado alguna vez Bisfosfonatos? □ (Por ejemplo-Fosamax, Aredia, Zometa, Actonel, Boniva, Skelid, Dic Tiene algúna otra enfermedad o problemas? □ Ha tenido algúna reacción fuera de lo común a latex, a la anestesia o medicamentos como la Penicilina, Eritromicin Aspirina, Sulpha, etc.? Explique: □ Ha tomado aspirina o ibuprofen en las ultimas 72 horas? □ Si □ No Cuantas Aspirinas □ Cuantas MUJERES: Está usted embarazada? □ Si □ No; Cuantos meses de embarazo? □ EL OBJETIVO del tratamiento de canal (endodoncia) es de tratar de salvar el diente en vez de extraerlo. A pesar de de los tratamientos son exitosos, en ciertos casos esto no se puede garantizar. Si el tratamiento de canal fracasara, e seguir seria: repetir el tratamiento de canal, cirugía o la extracción del diente. Antes del inicio del tratamiento será in discutido claramente.  NOTA: El honorario no incluye la restauración permanente del diente. Usted deberá regresar a su Dentista que la restauración sea completada.  Autorizo la realización del tratamiento necesario y mi consentimiento para dar información necesaria para	as
Tiene algúna otra enfermedad o problemas?	Diabetes olor de Articulación Mandibular Infermedad de la Tiroides Infermedad del Corazón/Ataque
Ha tenido algúna reacción fuera de lo común a latex, a la anestesia o medicamentos como la Penicilina, Eritromicin Aspirina, Sulpha, etc.? Explique:  Esta tomado algún medicamento al momento?  Ha tomado aspirina o ibuprofen en las ultimas 72 horas? Si No Cuantas Aspirinas  MUJERES: Está usted embarazada? Si No; Cuantos meses de embarazo?  EL OBJETIVO del tratamiento de canal (endodoncia) es de tratar de salvar el diente en vez de extraerlo. A pesar de de los tratamientos son exitosos, en ciertos casos esto no se puede garantizar. Si el tratamiento de canal fracasara, e seguir seria: repetir el tratamiento de canal, cirugía o la extracción del diente. Antes del inicio del tratamiento, las ra alternativas de tratamiento serán explicadas en detalle. Ocasionalmente, medicamento previo a el tratamiento será ir discutido claramente.  NOTA: El honorario no incluye la restauración permanente del diente. Usted deberá regresar a su Dentista que la restauración sea completada.  Autorizo la realización del tratamiento necesario y mi consentimiento para dar información necesaria para	idronel, Bonefos Ostsec)
Ha tenido algúna reacción fuera de lo común a latex, a la anestesia o medicamentos como la Penicilina, Eritromicin Aspirina, Sulpha, etc.? Explique:  Esta tomado algún medicamento al momento?  Ha tomado aspirina o ibuprofen en las ultimas 72 horas? Si No Cuantas Aspirinas  MUJERES: Está usted embarazada? Si No; Cuantos meses de embarazo?  EL OBJETIVO del tratamiento de canal (endodoncia) es de tratar de salvar el diente en vez de extraerlo. A pesar de de los tratamientos son exitosos, en ciertos casos esto no se puede garantizar. Si el tratamiento de canal fracasara, e seguir seria: repetir el tratamiento de canal, cirugía o la extracción del diente. Antes del inicio del tratamiento, las ra alternativas de tratamiento serán explicadas en detalle. Ocasionalmente, medicamento previo a el tratamiento será ir discutido claramente.  NOTA: El honorario no incluye la restauración permanente del diente. Usted deberá regresar a su Dentista que la restauración sea completada.  Autorizo la realización del tratamiento necesario y mi consentimiento para dar información necesaria para	
Esta tomado algún medicamento al momento?  Ha tomado aspirina o ibuprofen en las ultimas 72 horas? □ Si □ No Cuantas Aspirinas □ Cuantas MUJERES: Está usted embarazada? □ Si □ No; Cuantos meses de embarazo?  EL OBJETIVO del tratamiento de canal (endodoncia) es de tratar de salvar el diente en vez de extraerlo. A pesar de de los tratamientos son exitosos, en ciertos casos esto no se puede garantizar. Si el tratamiento de canal fracasara, e seguir seria: repetir el tratamiento de canal, cirugía o la extracción del diente. Antes del inicio del tratamiento, las ra alternativas de tratamiento serán explicadas en detalle. Ocasionalmente, medicamento previo a el tratamiento será ir discutido claramente.  NOTA: El honorario no incluye la restauración permanente del diente. Usted deberá regresar a su Dentista que la restauración sea completada.  Autorizo la realización del tratamiento necesario y mi consentimiento para dar información necesaria para	na, Novocaina, Codeina
Esta tomado algún medicamento al momento?  Ha tomado aspirina o ibuprofen en las ultimas 72 horas? □ Si □ No Cuantas Aspirinas □ Cuantas MUJERES: Está usted embarazada? □ Si □ No; Cuantos meses de embarazo?  EL OBJETIVO del tratamiento de canal (endodoncia) es de tratar de salvar el diente en vez de extraerlo. A pesar de de los tratamientos son exitosos, en ciertos casos esto no se puede garantizar. Si el tratamiento de canal fracasara, e seguir seria: repetir el tratamiento de canal, cirugía o la extracción del diente. Antes del inicio del tratamiento, las ra alternativas de tratamiento serán explicadas en detalle. Ocasionalmente, medicamento previo a el tratamiento será ir discutido claramente.  NOTA: El honorario no incluye la restauración permanente del diente. Usted deberá regresar a su Dentista que la restauración sea completada.  Autorizo la realización del tratamiento necesario y mi consentimiento para dar información necesaria para	
Ha tomado aspirina o ibuprofen en las ultimas 72 horas?   Si  No Cuantas Aspirinas   Cuantas   MUJERES: Está usted embarazada?   Si  No; Cuantos meses de embarazo?   EL OBJETIVO del tratamiento de canal (endodoncia) es de tratar de salvar el diente en vez de extraerlo. A pesar de de los tratamientos son exitosos, en ciertos casos esto no se puede garantizar. Si el tratamiento de canal fracasara, e seguir seria: repetir el tratamiento de canal, cirugía o la extracción del diente. Antes del inicio del tratamiento, las ra alternativas de tratamiento serán explicadas en detalle. Ocasionalmente, medicamento previo a el tratamiento será ir discutido claramente.  NOTA: El honorario no incluye la restauración permanente del diente. Usted deberá regresar a su Dentista que la restauración sea completada.  Autorizo la realización del tratamiento necesario y mi consentimiento para dar información necesaria para	
MUJERES: Está usted embarazada?   Si  No; Cuantos meses de embarazo?  EL OBJETIVO del tratamiento de canal (endodoncia) es de tratar de salvar el diente en vez de extraerlo. A pesar de de los tratamientos son exitosos, en ciertos casos esto no se puede garantizar. Si el tratamiento de canal fracasara, e seguir seria: repetir el tratamiento de canal, cirugía o la extracción del diente. Antes del inicio del tratamiento, las ra alternativas de tratamiento serán explicadas en detalle. Ocasionalmente, medicamento previo a el tratamiento será ir discutido claramente.  NOTA: El honorario no incluye la restauración permanente del diente. Usted deberá regresar a su Dentista que la restauración sea completada.  Autorizo la realización del tratamiento necesario y mi consentimiento para dar información necesaria para	s Ibuprofen
EL OBJETIVO del tratamiento de canal (endodoncia) es de tratar de salvar el diente en vez de extraerlo. A pesar de de los tratamientos son exitosos, en ciertos casos esto no se puede garantizar. Si el tratamiento de canal fracasara, e seguir seria: repetir el tratamiento de canal, cirugía o la extracción del diente. Antes del inicio del tratamiento, las ra alternativas de tratamiento serán explicadas en detalle. Ocasionalmente, medicamento previo a el tratamiento será ir discutido claramente.  NOTA: El honorario no incluye la restauración permanente del diente. Usted deberá regresar a su Dentista que la restauración sea completada.  Autorizo la realización del tratamiento necesario y mi consentimiento para dar información necesaria para	
que la restauración sea completada. Autorizo la realización del tratamiento necesario y mi consentimiento para dar información necesaria para	e que la mayoria el procedimiento a azones y las diferentes
	a para
	a
FIRMA DEL PACIENTE (PADRES CUSTODIALES)	FECHA

Por favor llene el lado opuesto.



Reliz









rioso 🗌 Asust

☐ Inquieto

☐ Con Dolor

## **INFORMACION PARA EL COBRO:** (Persona responsable para pacientes menores de edad)

APELLIDO		PRIMER NOMBRE		PARENTESCO CON EL PACIENTE
Dirección:	(	Ciudad:	Estado:	Código Postal:
			Teléfono–Trabajo:	
<u>SEGURO DENTAL PRINCIPAL</u> :				
Nombre de Persona Aseguranda (Emp				
Número de Identificación:	Fecha de 1	Nacimiento:	# del Trat	oajo:
Nombre de la Compañia del Seguro:				
Dirección de la Compañia de Seguro:			Núm	ero del Grupo:
Ciudad:	Estado:	Código Postal:	#Teléfo	no:
<u>SEGURO DENTAL SECUNDARIO</u> :				
Nombre de Persona Aseguranda (Emp	leado):		Parentesco cor	el Paciente:
Número de Identificación:				
Nombre de la Compañia del Seguro:_				
				ero del Grupo:
Dirección de la Compañia de Seguro: Ciudad:	Estado:	Código Postal:	Núm #Teléfo	no:
Dirección de la Compañia de Seguro:Ciudad:	Estado:  tione todo lo relacio  de mi reclamo:  paña de seguros infogastos incurridos, i s páguen su porciòn reclamo, me hago re nteres Simple se ca a tarifa anual de 18	Código Postal:  Código Postal:  Conado con mi seguro, de restimada al tiempo que esponsable de pagar cualo argará a mi cuenta. Este i 19%. En caso de incumplim	MúmNúmNúmNúm	pagado directamente por mi seguro. Pedimos que ecibido. nés de dos semanas de la una tarifa <b>de 1.5%</b> por mes rometo a pagar cualquier
Dirección de la Compañia de Seguro:Ciudad:	Estado:  de mi reclamo:  paña de seguros infegastos incurridos, i s páguen su porciòn reclamo, me hago renteres Simple se ca a tarifa anual de 18 endiente, al igual los ndo que soy respo	Código Postal:  ormación relacionada al r ndependientemente del n n estimada al tiempo que esponsable de pagar cualo argará a mi cuenta. Este i segustos de cobranzas y lo	Múm  #Teléfo  #Teléfo  manera que sea p  tratamiento es r quier saldo despu  interes sera de u niento, me compro os honorarios de	pagado directamente  por mi seguro. Pedimos que ecibido. nés de dos semanas de la ma tarifa <b>de 1.5</b> % por mes rometo a pagar cualquier abogados. <b>án pagados hoy</b> .
Dirección de la Compañia de Seguro:Ciudad:	Estado:  de mi reclamo:  paña de seguros infegastos incurridos, i s páguen su porciòn reclamo, me hago renteres Simple se ca a tarifa anual de 18 endiente, al igual los ndo que soy respo	Código Postal:  ormación relacionada al r ndependientemente del n n estimada al tiempo que esponsable de pagar cualo argará a mi cuenta. Este i segustos de cobranzas y lo	Múm  #Teléfo  #Teléfo  manera que sea p  mismo. nonto aprobado p  tratamiento es r quier saldo despu  interes sera de u niento, me compro os honorarios de  ncurridos y sera	pagado directamente  por mi seguro. Pedimos que ecibido. nés de dos semanas de la ma tarifa <b>de 1.5</b> % por mes rometo a pagar cualquier abogados. <b>án pagados hoy</b> .
Dirección de la Compañia de Seguro:  Ciudad:  Autorizo a esta oficina para que ges a la misma.  Entiendo que si durante el tramite d  1. Autorizo a dar a mi comp 2. Me hago responsable de los pacientes con seguro 3. A fin del proceso de mi r fecha del cobro y/o un Ir el cual corresponde a un interes legal del saldo pe  No tengo seguro dental. Entien	Estado:  de mi reclamo:  paña de seguros infegastos incurridos, i s páguen su porciòn reclamo, me hago renteres Simple se ca a tarifa anual de 18 endiente, al igual los ndo que soy respo	Código Postal:  ormación relacionada al r ndependientemente del n n estimada al tiempo que esponsable de pagar cualo argará a mi cuenta. Este i segustos de cobranzas y lo	Múm  #Teléfo  #Teléfo  manera que sea p  mismo. nonto aprobado p  tratamiento es r quier saldo despu  interes sera de u niento, me compro os honorarios de  ncurridos y sera	pagado directamente  por mi seguro. Pedimos que ecibido. nés de dos semanas de la ma tarifa <b>de 1.5%</b> por mes rometo a pagar cualquier abogados. <b>án pagados hoy</b> .