

HISTORIA MEDICA

NOMBRE DEL PACIENTE _____

FECHA DE NACIMIENTO _____

POR FAVOR LEA CORRECTAMENTE Y CONTESTE LAS SIGUIENTES PREGUNTAS;

		COMENTARIO
TIENE ALGUNA ENFERMEDAD PRESENTE	SI NO	SI TIENE, POR FAVOR HAGA UNA LISTA:
ESTA BAJO TRATAMIENTO MEDICO	SI NO	
ALGUNA VEZ TOMO FEN-PHEN O REDUX	SI NO	
ESTA TOMANDO MEDICACIONES	SI NO	
FUMA CIGARROS O USA PIPA O MASTICA TABACO	SI NO	
SANGRA O SE MORETONA FACILMENTE	SI NO	
HA TENIDO TRANFUSION DE SANGRE	SI NO	
ES ALERGICO O HA TENIDO REACCIONES A :		
ASPIRINA	SI NO	
ANESTESIA LOCAL	SI NO	
ANTIBIOTICOS	SI NO	
CODEINA	SI NO	
LATEX O MATERIAL DEL GUANTE	SI NO	
METALES	SI NO	
OTRAS COSAS	SI NO	
USTED PADECE DE:		
INFECCION DE HIV O SIDA	SI NO	
ANAPHYLAXIA	SI NO	
ARTRITIS O REUMATISMO	SI NO	
VALVULAS ARTIFICIALES EN EL CORAZON/IMPLANTES	SI NO	
ASMA, PROBLEMA CON LOS PULMONES O DE LA RESPIRACION	SI NO	
PROBLEMAS DE ESPALDA	SI NO	
ANEMIA O PROBLEMAS DE SANGRE	SI NO	
CANCER OR TUMORES	SI NO	
DEPENDENCIA QUIMICA	SI NO	
RADIACIONO O QUIMOTERAPIA	SI NO	
DOLORES EN EL PECHO	SI NO	
TRATAMIENTOS CON CORTISONA	SI NO	
DIABETES	SI NO	
DESORDENES ALIMENTICIOS	SI NO	
ATAQUE DE EPILEPSIA	SI NO	
DESMAYOS O MAREOS	SI NO	
GLAUCOMA	SI NO	
DEFECTO O MURMULLO EN EL CORAZON	SI NO	
CIRUJIA EN EL CORAZON	SI NO	
PROBLEMAS Y ATAQUES O ANGINAS EN EL CORAZON	SI NO	
HERPES, ESCORBUTOS,QUEILITIS,FUEGOS.	SI NO	
HEPATITIS, ICTERICIA,ENFERMEDADES EN EL HIGADO	SI NO	
PRESION ALTA	SI NO	
AMPOLLAS,RONCHAS EN LA PIEL	SI NO	
HYPOGLYCEMIA	SI NO	
ENFERMEDADES DEL RINON	SI NO	
MITRAL VALVE PROLAPSE	SI NO	
NERVIOS	SI NO	
CUIDADOS DE SALUD MENTALMENTAL	SI NO	
TOS PERSISTENTE	SI NO	
ENFERMEDADES DE TRANSMICION SEXUAL	SI NO	
FIEBRE REUMATICA, FIEBRE ESCARLATA.	SI NO	
SINUSITIS	SI NO	
ULCERAS ESTOMACALES	SI NO	
INFARTOS,PAROS CARDIACOS	SI NO	
PIES INFLAMADOS, PROBLEMAS DE CIRCULACION DE MANOS Y RODILLA	SI NO	
PROBLEMAS EN LA TIROIDES	SI NO	
ANGINAS	SI NO	
TUBERCULOSIS O TOS CON SANGRE	SI NO	
SOLO PARA MUJERES		
ESTA EMBARAZADA O DANDO DE LACTAR	SI NO	
ESTA TOMANDO PASTILLAS ANTICONCEPTIVAS	SI NO	

BLOOD PRESSURE TAKEN TODAY: _____

YO CERTIFICO QUE LA INFORMACION DADA ESTA CIERTA Y COMPLETA

FIRMA DEL PACIENTE _____

FECHA _____

FIRMA DEL DOCTOR _____

FECHA _____

Registracion

Informacion del Paciente

Nombre _____ fecha _____
Primer segundo apellido

SS# _____ Sexo: M F Fecha de Nacimiento _____ Edad _____

Marque uno: ___ Menor de edad ___ Soltero(a) ___ Casado(a)

Si un paciente es menor de edad, tienen que ir a todas sus citas acompañados por un adulto para que sean responsable de todas las decisiones dentales.

nombre parentesco

nombre parentesco

nombre parentesco

Informacion en caso de una emergencia

Nombre _____
primer segundo apellido

Parentesco al Paciente _____

Domicilio _____ Ciudad _____ Estado _____ Codigo postal _____

Telefono de casa _____ Numero de celular _____ telefono de trabajo _____

Informacion de Aseguranza Dental

Nombre del asegurado _____ SS# _____
primer segundo apellido seguro social

Parentesco al Paciente _____

Empleo: _____ Numero de Grupo _____

Compania de Aseguranza _____ telefono de aseguranza _____

Domicilio de aseguranza _____ Ciudad _____ Estadp _____ Codigo _____

Cuanto es su deducible? _____ Cuanto es lo maximo de su beneficio anual? _____

Consentimiento

Yo doy mi consentimiento para que la dentista haga un diagnostico y procedimientos que sean apropiados por el dentisa

Yo doy mi consentimiento para los tratamiento dentales, medicaciones y terapia por la asistente dental, hyienista y la dentista para un cuidado dental que sea apropiado cuando sea indicado por el dentista

Yo entiendo que anestesia local va ser usada para los procedimientos adecuados, y que tambien incluyen los riesgos pero no limitados a: estar dormidos por tiempo largo o corto, dolor al hueso de la quijada por tiempo largo o corto, moretones por la inyeccion, dolor cuando la anestesia sea admisitrada, o que se quebre la aguja.

Yo doy mi consentimiento a Inner City Health Clinic para que usen y hagan tratamiento y para obetener pagos.

Yo doy mi consentimiento a la clinica Inner City Health Center de obtener informacion apropiada de mi salud desde mi doctor o medico general para obtener un tratapiento dental adecuado para salud..

La informacion que dado en esta pagina es correcta y verdadera

Firma de paciente/ o guardian

Fecha de hoy

Historia Dental del Paciente

Nombre del Paciente _____ Fecha de Nacimiento _____

Razon por su visita de hoy:

Ultima vez que visito un dentista: _____

Nombre del dentista anterior: _____

Ciudad _____ Estado _____

Fecha del ultimo examen dental completo _____

Fecha de las ultimas radiografias de toda la boca _____

Fecha de la ultima limpieza de los dientes _____

- | | | |
|--|----|----|
| Usa dentaduras completas o Parciales | SI | NO |
| Si es si, cuantos años tienen estos _____ | SI | NO |
| Ha tenido tratamiento periodontal (limpiezas profundas) | SI | NO |
| Sus dientes tienen sensibilidad a caliente o frio, dulce o presion | SI | NO |
| Usted Rechina o Aprieta sus dientes | SI | NO |
| Alguna vez a usado frenos en sus dientes | SI | NO |
| Alguna vez a necesitado tomar antibioticos antes de su cita dental | SI | NO |
| Ha tenido problemas con la anestesia local | SI | NO |

Comentarios

Yo Certifico que la informacion de arriba es correcta y completa.

Firma del paciente _____ DATE _____

Firma del dentista _____ DATE _____



INGRESO MENSUAL

Ingreso Mensual (total) \$ _____ Fuente del Ingreso _____

ETNICIDAD (Marque uno)

___ Asiática

___ Afro americana

___ Caucásica

___ Hispana

___ India Americana

___ Otra (especifique) _____

___ No estoy seguro / declino de responder

¿Cómo supo de esta clínica?

¿Podemos llamarle para recordarle de sus citas? ___ Sí ___ No

¿Tiene seguro médico? Medicaid / Medicare / Comercial / Algún Otro

Nombre/Dirección _____

RESPONSABILIDADES Y AUTORIZACIONES

Entiendo que al recibir los servicios médicos (para mi o mi familia) estoy aceptando la responsabilidad por el pago de los cargos. A pesar de lo que cubre el seguro, entiendo que tengo que pagar mi porción de la cuenta al momento del tratamiento. Autorizo que se de cualquiera información que sea necesaria para procesar los reclamos. También autorizo que el pago de los beneficios médicos vaya directamente a la Clínica Inner City.

Autorizo que los empleados médicos de la Clínica Inner City puedan administrar todas formas del tratamiento, los medicamentos y la terapia que sean necesarias. Entiendo también que el uso de la anestesia trae cierto riesgo.

Al firmar este documento, verifico que la información anterior es correcta y notificaré a la Clínica Inner City si mi situación financiera cambia.

Firma _____

Fecha _____

INNER CITY HEALTH CENTER REGLAS DE LA CLINICA DENTAL

CANCELACION DE CITAS DENTALES:

Deberá avisar 24 horas antes si es que no puede asistir a su cita dental.

CITAS PERDIDAS

CITAS PERDIDAS SON:

Faltar a sus citas

Cancelación de la cita sin avisar 24 horas antes de la cita

Llegar 15 minutos tarde

POR CADA CITA PERDIDAS:

Usted pagará un cargo de \$15.00

Las \$15.00 deberan ser pagados antes de hacer otra cita

DESPUES DE 3 CITAS PERDIDAS:

Usted sera despedido de nuestra clinica

PAGOS

Se requiere el pago al tiempo del servicio.

A menos de que se le haya hecho un arreglo con el departamento administrativo de pagos.

No se le dará cita si su balance no esta pagado totalmente.

PROVEDORES DEL SERVICIO DENTAL

Inner City Health Center es una entidad privada sin fines de lucro, voluntario, basado en el cuidado de la salud, dando calidad a sus servicios con costos bajos. Nosotros tenemos personal voluntarios que nos proveen servicio dental a nuestra clinica. Inner City Health Center es tambien una institución de entrenamiento dando las facilidades a los estudiantas dentistas, higienistas dentales y asistentes dentales pueden brindarle los tratamientos o sus servicios en nuestra clinica. Los miembros de las escuelas (estudiantes dentistas, higienistas, y asistentes) de las repectivas facultades clinicas supervisarán y asegurarán el mejor tratamiento posible.

NINOS SIN SUPERVISION

Inner City Health Center no será responsable de los niños que acompañen a los pacientes. Los niños menores de 12 años no seran permitidos en la sala de espera (Solos) ni en otras areas de la clinica. Si usted no provee el cuidado de su niño con otra persona adulta, usted no podrá ser atendido y se le cambiará la cita.

Yo he leído y entendido las reglas con respecto a :

- Cancelación de Citas
- No venir a las citas
- Proveedores de los servicios dentales
- Niños sin supervisión

Yo he entendido mis reponsabilidades y doy mi consentimiento para ser tratado por un dentista, dentista voluntario, higienista, estudiante higienista dental, Asistente o estudiante asistente dental.

Fecha: _____

Firma: _____



**Acknowledge of Receipt of
Notice of Privacy Practices**

I have received this office's Notice of Privacy Practice, which explains how my medical information may be used and disclosed. I understand that I am entitled to receive a copy of this document.

Signature of Patient or Patient's Representative

Date

This form is to be placed in the Patient's medical file. This form is to be retained for a minimum of six years. Should the Patient choose not to sign this form, please comment below as to why the Patient did not sign and then place this form in the Patient's medical file.

Comments (if Applicable):

Form received by:

Name

Date