



## Formulario de Nuevo Paciente

### INFORMACIÓN DEL PACIENTE: Por favor de completar toda la información clara y concreta.

Fecha: \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_ Número de Teléfono Preferible #: ( ) \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_ Teléfono Móvil ( ) \_\_\_\_\_  
Apellido Nombre

Dirección: \_\_\_\_\_ Apt \_\_\_\_\_ Teléfono de casa ( ) \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Zip \_\_\_\_\_ Teléfono de trabajo ( ) \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ SSN: \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_ Estado Sentimental: Soltero Casado Divorciado Separado Niño

Número de Licencia de Conductor \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

En caso de emergencia, contacto: \_\_\_\_\_ Relation: \_\_\_\_\_ Phone ( ) \_\_\_\_\_

Tiene familiares que son pacientes en este consultorio? SI NO Nombre(s) & relación \_\_\_\_\_

### INFORMACIÓN DE REFERENCIA A quien agradecemos por su referencia? \_\_\_\_\_

### INFORMACIÓN DEL RESPONSABLE: (Quién es el responsable para pagar cualquier balance?)

Nombre: \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Teléfono de casa ( ) \_\_\_\_\_  
Apellido primer nombre

Dirección: \_\_\_\_\_ Apt \_\_\_\_\_ Teléfono de Trabajo ( ) \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Zip \_\_\_\_\_ Teléfono de trabajo ( ) \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ SSN \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_ Número de Licencia de Conductor \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_

Empleado: \_\_\_\_\_ Dirección del Empleado \_\_\_\_\_

### INFORMACIÓN DEL SEGURO:

Seguro primario Nombre & Dirección: \_\_\_\_\_ Número de Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre del seguro: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ SSN: \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_  
Apellido Nombre

Poliza #: \_\_\_\_\_ Grupo #: \_\_\_\_\_ Relación del paciente para asegurar: Yo Esposo Niño Otro

Dirección de seguro: \_\_\_\_\_ Número de Teléfono: \_\_\_\_\_  
Calle Ciudad Estado Codigo postal

Empleado del seguro: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_

### Historial Dental:

	Si	No
¿Cuál es la razón de su cita? _____		
¿Cuántas veces se cepilla? _____		
¿Cuántas veces usa el hilo dental? _____		
¿Cuándo fue su última cita dental? _____		
¿Cuál fue el motivo de su última cita dental? _____		
¿Cuándo fue su última limpieza dental? _____		
¿Cómo le gustaría mejorar su sonrisa? _____		
¿Usted entiende lo que es el tratamiento dental? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Ha tenido algún problema de tratamiento dental? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Le sangran sus encías cuando se cepilla o usa hilo dental? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Le han dicho que tiene problemas con sus encías? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Se le es fácil tragar? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Tiene problemas para masticar? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Tiene sensibilidad en sus dientes al comer/tomar cosas calientes? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Tiene sensibilidad en sus dientes al tomar/comer cosas heladas? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Puedes apretar o rechinar tus dientes? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Usted sufre de problemas en su mandíbula? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Toma suplementos de fluor? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

# Historial Medico:

Si No

Fecha del ultimo examen fisico: \_\_\_\_\_  
  Actualmente está bajo el cuidado de un médico?  
 -Si su respuesta es "SI", cual es el nombre del Doctor(a): \_\_\_\_\_

ha sido hospitalizado en los últimos 5 años?  
 -Si su respuesta es "SI", porque razón? \_\_\_\_\_

Medicaciones: \_\_\_\_\_

Suplementos de venta libre: \_\_\_\_\_

<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Enfermedades Cardiovasculares	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Asma	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Osteoporosis
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Angina	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Bronquitis	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Reemplazo de Articulaciones
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Articulosis	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Emfisema	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Depresión
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Válvula Artificial del corazón	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Sinusitis	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Anciedad
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Enfermedad Cardiaca	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Tuberculosis	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Alcoholismo
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Insuficiencia Cardiaca	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Cancer	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Abuso de droga/adicción
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Ataque al corazón	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Radioterapia		
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Soplo Cardiaco	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Quimioterapias	<b>Alergias:</b>	
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Presión arterial baja	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Diabetes tipo I	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Aspirina
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Presión arterial alta	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Diabetes tipo II	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Penicilina
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Colesterol alto	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Claustrophobia	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Amoxicilina
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Prolapso de Válvula Arterial	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Acid reflux (GERD)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Ciindamicina
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Marcapasos	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Hipotiroidismo	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Eritrocina
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Fiebre Reumática	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Hipertiroidismo	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Drogas Sulfa
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Anemia	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Derrame Cerebral	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Latex
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Transfusión de Sangre	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Glaucoma	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Otro: _____
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Hemofilia	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Hepatitis A/B		
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	SIDA	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Hepatitis C/D/E	<b>Mujer:</b>	
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Infección de VIH	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Epilepsia	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Embarazada
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Enfermedad Autoinmune	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Convulsiones	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Si, fecha de parto _____
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Artritis	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Alzheimer's	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Enfermera
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Artritis Reumatoide	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Demencia	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Pastillas Anticonceptivos

## Paciente

- Autorizo al dentista (s) o al personal designado que me trata a realizar las ayudas de diagnóstico que se consideren apropiadas para hacer un diagnóstico completo de mis necesidades dentales. Tras dicho diagnóstico, autorizo al dentista a realizar todos los tratamientos y procedimientos terapéuticos recomendados para incluir la administración de medicamentos según lo prescrito por el dentista (s) y acordado mutuamente por mí.
- Cedo al dentista todos los beneficios del seguro dental a los que tengo derecho, en la medida en que lo permita mi póliza de seguro dental. Este formulario también autoriza a Paragon Dental a enviar formularios de reclamación de seguros y recibir el pago directamente de mi compañía de seguros con la anotación "Firma en archivo". Autorizo a mi dentista a divulgar registros de tratamiento, radiografías y cualquier otra información que se considere pertinente a mi compañía de seguros según sea necesario o solicitado.
- Acepté ser responsable del pago de todos los servicios prestados en mi nombre o en el de mis dependientes. Estoy de acuerdo en que cualquier reclamo que la aseguradora no pague o cualquier saldo que se extienda más allá de los 60 días a partir de la fecha del tratamiento puede tener un cargo por servicio del 5% mensual.

Nos esforzamos por dar a cada paciente una llamada de cortesía uno o dos días antes de su visita dental programada. Sin embargo, **se espera que cumpla con la hora de su cita con o sin la llamada de cortesía**. Por lo tanto, le pedimos su consideración y que tenga la amabilidad de avisar con 48 horas de anticipación si no puede asistir a su cita. Tenga en cuenta que si no se da un aviso con 48 horas de anticipación, puede haber un cargo de \$60 por hora por una tarifa de cita interrumpida. Una cita no cumplida es una pérdida para usted, su dentista y los miembros de su equipo, y para otro paciente que podría haber tenido esa cita. **Nos reservamos el derecho de terminar su relación con nuestra oficina después de repetidas citas interrumpidas sin previo aviso de 48 horas.**

Nombre del Paciente

Firma del Paciente o Persona Responsable Fecha

\*\*\*\*\*

He llenado mi "Nueva Formar de Paciente" con mi mejor conocimiento.

Nombre del Paciente

Firma del Paciente o Personal Responsable Fecha

\*\*\*\*\*

He recibido la Política comercial para pacientes de Paragon y el Aviso de prácticas de privacidad. He leído, entiendo y estoy de acuerdo con las disposiciones de dichas políticas. Entiendo que al negarme a firmar, no recibiré tratamiento en Paragon Dental

Patient Name

Firma del Paciente o Persona Responsable Fecha

### **POR FAVOR ESCRIBA UNA LISTA DE PERSONAS ADICIONALES CON LAS CUALES PODAMOS DISCUTIR/COMPARTIR SU INFORMACIÓN:**

Nombre de la Persona

Fecha

Nombre de la Persona

Fecha