

## Su Información:

Nombre: \_\_\_\_\_ Segundo Nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

Seguro Social #: \_\_\_\_\_ Teléfono de la Casa: \_\_\_\_\_ Teléfono Celular: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_ Teléfono del Trabajo: \_\_\_\_\_

Dirección del Empleador: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Persona Responsable de la Cuenta si es Distinto de Paciente

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación al Paciente: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Seguro Social #: \_\_\_\_\_ Empleador: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Contacto de Emergencia: \_\_\_\_\_ Relación con usted: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

## Información del Conyugue:

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Seguro Social #: \_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Teléfono del Trabajo: \_\_\_\_\_

## Información del Seguro:

Aseguradora Primaria: \_\_\_\_\_ Titular de Póliza: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento del Titular: \_\_\_\_\_ Seguro Social #: \_\_\_\_\_ Grupo #: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono de la compañía de seguros: \_\_\_\_\_ Aseguradora Fax: \_\_\_\_\_

## Información del Seguro Adicional:

Segunda Compañía de Seguros: \_\_\_\_\_ Titular de Póliza: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento del Titular: \_\_\_\_\_ Seguro Social #: \_\_\_\_\_ Grupo #: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono de la compañía de seguros: \_\_\_\_\_ Fax Compañía de Seguro: \_\_\_\_\_

## El pago debe ser cancelado en el momento del servicio

Entiendo que soy responsable del pago de los servicios prestados Biomedent y también soy responsable de pagar cualquier co-pagos y deducibles que mi seguro no cubre. Autorizo a Biomedent para liberar toda la información necesaria para garantizar el pago de estos servicios. Yo autorizo el uso de esta firma en todos mis reclamos de seguro, ya sea manual o electrónico.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nuestra oficina HIPAA obediente y se ha comprometido a reunión o superan los estándares de control de la infección por OSHA, los CDC y la ADA.

## Historia Dental:

¿Qué es lo que más le preocupa de sus dientes? \_\_\_\_\_

¿Estás teniendo malestar en este momento? \_\_\_\_\_ ¿Cuál es el malestar? \_\_\_\_\_

¿Cuándo fue su última visita al dentista? \_\_\_\_\_ Le hicieron radiografías? \_\_\_\_\_ ¿Qué tratamiento recibió? \_\_\_\_\_

¿Tiene los dientes sensibles? calor? \_\_\_\_\_ frío? \_\_\_\_\_ dulces? \_\_\_\_\_ ácido? \_\_\_\_\_ presión? \_\_\_\_\_

¿Has tenido frenos en los dientes? ¿\_\_\_\_\_ Si es así, cuando? \_\_\_\_\_ ¿Usaron aparatos tradicionales? \_\_\_\_\_

¿Con qué frecuencia se cepilla los dientes? \_\_\_\_\_ Con qué frecuencia usa hilo dental? \_\_\_\_\_

¿Tienes sangrado de las encías? ¿\_\_\_\_\_ Ha tenido tratamiento de encías? \_\_\_\_\_ Cuándo? \_\_\_\_\_

¿Rechina o aprieta los dientes? \_\_\_\_\_ ¿Te escuchas estallidos, clic o ruidos al masticar? \_\_\_\_\_

¿Tienes algún dolor alrededor de cualquiera de tus oídos? \_\_\_\_\_ ¿Tiene alguna hinchazón o bultos en la boca? \_\_\_\_\_

¿Tienes miedo del tratamiento dental? \_\_\_\_\_

¿Qué opinas acerca de la apariencia de sus dientes? \_\_\_\_\_

## Historial Médico:

¿Está actualmente bajo un cuidado médico? \_\_\_\_\_ Nombre del médico \_\_\_\_\_

Dirección del Médico \_\_\_\_\_ Teléfono del Médico \_\_\_\_\_

¿Tiene o ha tenido usted cualquiera de los siguientes síntomas?

S N Sangrado anormal	S N Defecto congénito del corazón	S N Soplo cardíaco	S N Enfermedad del hígado
S N Anemia	S N Diabetes	S N Cirugía cardíaca	S N Lupus
S N Huesos/articulaciones artificiales	S N Enfisema	S N Hemofilia	S N Marcapasos
S N Válvulas artificiales	S N Desmayos	S N Hepatitis	S N Tos persistente
S N Asma	S N Ampollas febriles	S N Herpes	S N Tratamiento de radiación
S N Cáncer	S N Glaucoma	S N Presión arterial alta	S N Convulsiones
S N Quimioterapia	S N Dolores de cabeza	S N VIH/SIDA	S N Tuberculosis (TB)
S N Colitis	S N Ataque al corazón	S N Problemas renales	S N Enfermedades venéreas

Por favor indique cualquier condición médica importante que haya experimentado. \_\_\_\_\_

¿Es usted alérgico a alguno de los siguientes?

S N Aspirina	S N Eritromicina	S N Sedantes
S N Barbitúricos	S N Joyería/metales	S N Sulfonamidas
S N Codeína	S N Látex	S N Tetraciclina
S N Anestésicos dentales	S N Penicilina	S N Otros

Por favor describa que medicamentos o materiales le causan reacciones alérgicas: \_\_\_\_\_

Por favor indique cualquier medicamento que esté tomando actualmente: \_\_\_\_\_

**Para las mujeres:** Estás tomando pastillas anticonceptivas? \_\_\_\_\_ está embarazada? \_\_\_\_\_ semana #: \_\_\_\_\_ esta amantando bebe? \_\_\_\_\_

## Autorización

Afirmo que la información que he proporcionado es correcta a lo mejor de mi conocimiento. Toda la información en este documento se llevará a cabo en la más estricta confidencialidad y es mi responsabilidad informar a Biomedent de cualquier cambio en mi condición de médica. Yo autorizo a personal dental para realizar los servicios dentales que necesite, incluyendo radiografías, fotografías, modelos de estudio o cualquier proceso que se estime oportuno para realizar un diagnóstico minucioso de mis necesidades dentales.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nuestra oficina HIPAA obediente y se ha comprometido a reunión o superan los estándares de control de la infección por OSHA, los CDC y la ADA.