

## “Jenny Chen Pediatric and Family Dentistry”

### INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Apellido	Nombre	2do nombre(Inicial)	Número de seguro social	Teléfono de casa:
Domicilio			Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)	Celular
Ciudad	Estado	Código postal	Sexo: <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Trans- Hombre a Mujer <input type="checkbox"/> Trans- Mujer Hombre	
Dirección de correo (si es diferente)		Idioma principal		¿Interprete? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Ciudad	Estado	Código postal	Correo electrónico	

### INFORMACIÓN DE EMPLEO

Estado de Empleo (marque uno) <input type="checkbox"/> Completo <input type="checkbox"/> Parcial <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> Jubilado <input type="checkbox"/> Estudiante				
Empleador			Teléfono del empleador	
Dirección del empleador		Ciudad	Estado	Código postal

### INFORMACIÓN DE CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA

contacto de emergencia	Relación al paciente	Teléfono
------------------------	----------------------	----------

### PERSONA RESPONSABLE—INFORMACIÓN DE LA CUENTA

Apellido	Primer Nombre	Número de seguro social	Teléfono de casa
Domicilio		Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)	Celular
Ciudad	Estado Código postal	Relación al paciente	Teléfono de trabajo
Empleador		Estado de empleo <input type="checkbox"/> Completo <input type="checkbox"/> Parcial <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> Jubilado <input type="checkbox"/> Estudiante	
Dirección del empleador		Ciudad	Estado Código postal

### INFORMACION DEL SEGURO

Compañía de seguro	Fecha de inicio		
Empleador	# de identificación	# de grupo	
Titular de la póliza	Fecha de nacimiento del titular	# de seguro social del titular	

**Formulario Medico ( circule si o no )**

- 1.)Esta usted bajo tratamiento medico? Si / No                      2.) A sido Hospitalizado recientemente? Si / No  
3.) Esta tomando algun medicamento? Si/No                      4.) Usted fuma? Si / No  
5.) Es usted alergico a algun medicamento? Ejemplo;

Anesteticos locales ( lidocaina) Si / No    Penicilina,Amoxilina                      Si / No  
Latex                      Si / No    Narcoticos ( codeina)                      Si / No

Favor de listar los medicamentos que este tomando diariamente:


6.) Tiene usted alguna condicion medica? Favor circule Si o No

Presion Alta	Si / No	Convulsiones	Si/ No
Ataque cardiaco	Si / No	Problemas respiratorios	Si / No
Fiebre reumatica	Si /No	Presion baja	Si / No
Epilepsia	Si / No	Valvula artificial	Si / No
Enfermendad Renal	Si / No	Prolapso de valvula mitral	Si / No
AIDS/HIV	Si / No	Soplo en el Corazon	Si / No
Tiroides	Si / No	Arthritis	Si / No
Cancer	Si /No	Leucemia	Si / No
Derrame cerebral	Si / No	Diabetis	Si / No
Hepatitis	Si /No	Ulceras estomacales	Si / No
Asma	Si / No	Problemas de higado	Si / No

Si tiene usted algun otra enfermedad favor de anotar: \_\_\_\_\_

**Formulario Dental**

- 1.) Fecha de su examen dental mas reciente? \_\_\_\_\_  
2.) Su encia sangra al cepillar o al usar hilo dental? \_\_\_\_\_  
3.) Tiene usted mal holor? \_\_\_\_\_  
4.) Tiene usted sensibilidad a lo frio , caliente o dulce? \_\_\_\_\_  
5.) A tenido sangrado prologando despues de sacar una muela? \_\_\_\_\_  
6.) Usted rechina sus dientes o tiene desgaste en sus dientes? \_\_\_\_\_

**Certifico que eh completado este formulario a lo major de mi avilidad, certifico que todo lo escrito es verdadero y entiendo que esta informacion sera guardada en mi espediente .**

Firma de paciente: \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Si el paciente es menor de edad firma de padre o custodio legal: \_\_\_\_\_

## **Informacion Importante Sobre Responsabilidad Financiaras**

### **Responsabilidad Financiaras**

Yo entiendo que soy responsable por todos los servicios obtenidos por el Dentista, a menos que previos arreglos se hayan hecho. Estos servicios deben ser pagados a la hora del tratamiento. Si tengo seguro Dental, debo hacer los co-pages apropiados a la hora del tratamiento, y soy totalmente responsable de todo lo que la compania de seguros no pague a 45 días despues del cobro. Esta "Autorizacion" sera valida desde hoy y se expira en dos anos. Una fotocopia de este documento sera como la original.

### **Informacion Sobre Citas Canceladas**

Definicion: Es considerada una cita cancelada cuando el paciente:

1. Notifica la cancelacion de la cita cuando faltan menos de 24 horas de su cita
2. Simplemente no acude a su cita

Cargos por citas canceladas:

El tiempo que el dentista asigna para cada paciente es muy valioso. La cancelacion de las citas nos trae dificultad para mantener una agenda que sea eficiente para nuestro personal y conveniente para nuestros pacientes. Por esta razon, pueda que pacientes tengan que hacer un pago por citas canceladas sin previo aviso. Este cargo no es una penalidad, si no un intento de mantener una justa compensacion para el tiempo necesario para el cuidado, y costo del tiempo. El doctor tiene el tiempo limitado de cita y este tiempo no debe ser desperdiciado. Por favor ayudenos a proveer calidad de cuidado dental a precios rasonables y llegue a tiempo a sus citas.

Yo entiendo que hay desde \$25.00a \$50.00 de pago si cancelo una cita sin previo aviso.

---

Firma de l paciente(o padre del menor)

Fecha