



2825 NW 23rd St. | Oklahoma City, OK 73107

En Inglés (405) 942-0337

En Español (405) 778-8282

Fax: (405) 947-3248

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre _____ Nombre Preferido _____ Seguro Social _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Teléfono de Casa _____ Teléfono Celular _____ Correo Electrónico _____

Fecha de Nacimiento _____ Género: M / H Marque: Niño / Soltero / Casado / Divorciado / Viudo

Empleador _____ Ciudad/Estado del Empleador _____ Teléfono del Trabajo _____

¿Cómo se enteró de nosotros? (Marque uno) Sitio web / Folleto / Compañía de Seguros / Ubicación / Paciente: _____

Otro: _____

Contacto de Emergencia _____ Número de Teléfono _____ Relación _____

Nombre del Cónyuge _____ Fecha de Nacimiento _____ Teléfono Celular _____

INFORMACIÓN DE SEGURO DENTAL

Nombre del Asegurado _____ Fecha de Nacimiento _____ Seguro Social _____

Empleador _____ Compañía de Seguros _____ Número de ID _____

HISTORIAL MÉDICO

Nombre del Médico _____ Teléfono _____ Fecha de la Última Visita _____

¿Ha tenido alguna enfermedad grave o cirugía? _____

¿Alguna vez ha tenido una transfusión de sangre? Sí / No Por favor indique la(s) fecha(s) aproximadas _____

¿Alguna vez le han dicho que necesita premedicación antes de las citas dentales debido a una condición médica?

Sí / No Si es sí, ¿qué condición? _____

Mujeres: ¿Está embarazada? Sí / No Fecha de vencimiento _____ ¿Está amamantando? Sí / No

¿Está tomando pastillas anticonceptivas? Sí / No ¿Está planeando quedar embarazada pronto? Sí / No

Por favor, marque si tiene o ha tenido alguna de las siguientes condiciones:

- | | | | |
|--|--|---|---|
| ☐ Abuso de alcohol/drogas | ☐ Diabetes | ☐ Llagas en la boca | ☐ Hábito de tabaco |
| ☐ Alergia a la amoxicilina | ☐ Epilepsia | ☐ Marcapasos | ☐ Tuberculosis |
| ☐ Anemia | ☐ Herpes labial | ☐ Alergia a la penicilina | ☐ Úlceras |
| ☐ Alergia a anestésicos | ☐ Glaucoma | ☐ Sangrado prolongado | |
| ☐ Artritis | ☐ Murmullo cardíaco | ☐ Problemas psiquiátricos | Otras condiciones o |
| ☐ Articulaciones artificiales | ☐ Reemplazo de válvula cardíaca | ☐ Enfermedad respiratoria | alergias: _____ |
| ☐ Asma | ☐ Trastornos auditivos | ☐ Fiebre reumática | _____ |
| ☐ Problemas de espalda | ☐ Hepatitis (A - B - C) | ☐ Escarlatina | _____ |
| ☐ Enfermedad sanguínea | ☐ Hipertensión | ☐ ETS _____ | _____ |
| ☐ Cáncer _____ | ☐ VIH positivo/SIDA | ☐ Dificultad para respirar | _____ |
| ☐ Quimioterapia/Radioterapia | ☐ Reemplazo de articulaciones | ☐ Apnea del sueño | _____ |
| ☐ Problemas circulatorios | ☐ Enfermedad renal/hepática | ☐ Accidente cerebrovascular | _____ |
| ☐ Alergia a la codeína | ☐ Alergia al látex | ☐ Hinchazón en pies/tobillos | _____ |
| ☐ Depresión | ☐ Prolapso de válvula mitral | ☐ Problemas tiroideos | _____ |

Por favor, enumere todos los medicamentos prescritos y de venta libre que está tomando actualmente con el diagnóstico correspondiente: _____

Alergias a medicamentos: _____

HISTORIAL DENTAL

Nombre del dentista anterior: _____ Fecha de la última visita: _____ Fecha de la última radiografía de la boca completa: _____ ¿Cómo calificaría su sonrisa del 1 al 10 (1 - necesita mejoras y 10 - excelente)?__

Si tuviera una varita mágica, ¿qué cambiaría de su sonrisa? _____

¿Hay algo que le impida completar su tratamiento dental? miedo / finanzas / dolor / tiempo / nada

¿Ha tenido problemas graves asociados con tratamientos dentales previos? _____

¿Alguna vez le han diagnosticado o tratado por enfermedad periodontal? (enfermedad de las encías, piorrea, boca de trincheras) _____

¿Le pone nervioso el tratamiento dental? No / Ligeramente / Moderadamente / Extremadamente

¿Con qué frecuencia se cepilla los dientes? _____ ¿Usa hilo dental? _____ Tipo de cepillo: Suave / Medio / Duro / Eléctrico

Por favor, marque si tiene o ha tenido alguna de las siguientes condiciones:

- | | | |
|--|---|---|
| ☐ Encías sangrantes/Adoloridas | ☐ Apretar/grindar dientes | ☐ Sensibilidad al calor |
| ☐ Sabor desagradable/mal aliento | ☐ Dientes flojos o empastes rotos | ☐ Sensibilidad a los dulces |
| ☐ Mandíbula que hace clic o cruje | ☐ Sensibilidad al morder | ☐ Sensibilidad al frío |
| ☐ Acumulación de comida entre los dientes | ☐ Llagas o crecimientos en la boca | ☐ Ortodoncia (brackets/invisalign) |
| ☐ Mordeduras de mejillas/labios | ☐ Ampollas frecuentes en los labios/boca | ☐ Dificultad abrir/cerrar la mandíbula |
| ☐ Ronquidos | ☐ Perforación en la boca | ☐ Dolor de mandíbula o de cara/oído |
| ☐ Dientes manchados | ☐ Zumbido en los oídos | ☐ Dientes astillados o rotos |
| ☐ Dientes faltantes | ☐ Dolor en los dientes | ☐ Dolor punzante |
| ☐ Dentadura parcial | ☐ Dentadura completa | ☐ Implantes dentales |

AUTORIZACIÓN Y LIBERACIÓN

De acuerdo con las reglas de privacidad de HIPAA, doy mi consentimiento completo a 23rd Street Dental para mantener mis registros médicos/dentales, transmitir, reenviar y/o liberar información sobre mí, mi salud y/o mi Información de Salud Personal a cualquier persona o agencia correspondiente, siempre que esté en mi mejor interés y/o para el avance o continuación de cualquier servicio de salud para el cual esté recibiendo tratamiento. He leído y respondido las preguntas anteriores según mi mejor conocimiento y entiendo que soy finalmente responsable de todos los cargos. Al firmar a continuación, reconozco que entiendo todos los términos y condiciones.

Paciente (o Tutor) Nombre (Escrito)

Firma del Paciente (o Tutor)

Fecha

CONSENTIMIENTO DE NUEVO PACIENTE PARA EL TRATAMIENTO

1. Por la presente, autorizo al doctor o al miembro del equipo designado para tomar radiografías, modelos de estudio, fotografías y otras ayudas diagnósticas que el doctor considere apropiadas para realizar un diagnóstico completo de las necesidades de tratamiento.
2. Tras dicho diagnóstico, autorizo al doctor a realizar todo el tratamiento recomendado, acordado mutuamente entre yo y él, y a emplear la asistencia necesaria para proporcionar el cuidado adecuado.
3. Estoy de acuerdo con el uso de anestésicos, sedantes y otros medicamentos según sea necesario. Entiendo completamente que el uso de agentes anestésicos conlleva ciertos riesgos. Entiendo que puedo solicitar una descripción completa de las posibles complicaciones.
4. Doy mi consentimiento al doctor o al miembro del equipo designado para utilizar y divulgar cualquier registro de salud oral, escrito o electrónico que sea identificable como mío, con el propósito de llevar a cabo mi tratamiento, pago y operaciones de atención médica. Entiendo que solo se utilizará o divulgará la mínima cantidad de información necesaria para proporcionar atención de calidad y que hay un aviso que describe completamente la protección de mi información de salud personal disponible.

Iniciales del paciente _____

POLÍTICA DE NO PRESENTACIÓN / CANCELACIONES

Las ausencias o cancelaciones de última hora y las citas perdidas impiden que podamos atender sus necesidades dentales. Si tiene un conflicto de horario, con gusto trabajaremos con usted para reprogramar, siempre que recibamos un aviso con **al menos 48 horas de anticipación**.

Su salud dental es nuestra prioridad y estamos comprometidos a ofrecer la mejor atención posible. Sin embargo, si tiene **más de 3 NO SHOW O CANCELACIONES SIN AVISO PREVIO DE 48 HORAS**, nos reservamos el derecho de despedirlo como paciente de nuestra oficina. Además, estamos obligados a notificar a SoonerCare sobre su asistencia, lo que podría llevar a la terminación de su cobertura.

Al firmar a continuación, reconozco que he leído, entiendo completamente y acepto adherirme a los términos de esta política y acepto la responsabilidad de cumplir con todas las políticas de la oficina según lo indicado.

Iniciales del paciente _____

POLÍTICA FINANCIERA

Sus responsabilidades financieras no solo son importantes para usted, también son una parte esencial de su atención y tratamiento. Si tiene alguna pregunta sobre nuestra política financiera, no dude en preguntar.

Los pagos son debidos en su totalidad al momento del servicio y pueden realizarse en efectivo, cheque, tarjeta de crédito y Care Credit.

Las recomendaciones para su atención se basan en las necesidades de su salud bucal y **NO** en los beneficios de su seguro. Sin embargo, nos esforzaremos por trabajar con usted para maximizar los beneficios de su seguro y que el tratamiento se ajuste a su presupuesto.

Como cortesía, aceptamos la asignación de pagos de beneficios de la mayoría de las compañías de seguros. Estamos encantados de ayudarle con su seguro; sin embargo, **usted es responsable** de pagar todos los servicios prestados en su nombre o el de sus dependientes. Su copago es debido el día en que se realicen los servicios.

Permitimos 90 días para que su compañía de seguros realice un pago. En este momento, todos los saldos no pagados se convierten en su responsabilidad.

Paciente (o Tutor) Nombre (Escrito)

Firma del Paciente (o Tutor)

Fecha