



Historia Clínica

Nombre del Médico: _____ Fecha del Último Examen Físico: _____

¿Ha tenido Ud. alguna vez algo de lo siguiente? (marque las Casillas que correspondan):

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Problemas del Corazón | <input type="checkbox"/> Epilepsia | <input type="checkbox"/> Dieta Especial |
| <input type="checkbox"/> Presión Sanguínea Alta | <input type="checkbox"/> Dolores de Cabeza | <input type="checkbox"/> Fiebre Reumática |
| <input type="checkbox"/> Presión Sanguínea Baja | <input type="checkbox"/> Hepatitis, Ictericia o Enfermedad del Hígado | <input type="checkbox"/> Problemas de la Sinus |
| <input type="checkbox"/> Problemas Circulatorios | <input type="checkbox"/> Cáncer | <input type="checkbox"/> VIH/SIDA u Otros |
| <input type="checkbox"/> Problemas Nerviosos | <input type="checkbox"/> Tratamiento Siquiátrico | <input type="checkbox"/> Trastornos Inmunosupresores |
| <input type="checkbox"/> Radioterapia | <input type="checkbox"/> Diarrea Crónica | <input type="checkbox"/> Embolia Cerebral |
| <input type="checkbox"/> Glándulas del Cuello Hinchadas | <input type="checkbox"/> Alergias a Anestésicos | <input type="checkbox"/> Úlcera |
| <input type="checkbox"/> Reciente Pérdida de Peso | <input type="checkbox"/> Alergias a Medicinas o Drogas | <input type="checkbox"/> Enfermedades Venéreas |
| <input type="checkbox"/> Problemas de la Espalda | <input type="checkbox"/> Alergias Generales | <input type="checkbox"/> Drogadicción |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Enfermedad de la Sangre | <input type="checkbox"/> Hemofilia |
| <input type="checkbox"/> Enfermedades Respiratorias | <input type="checkbox"/> Articulaciones o Válvulas del Corazón Artificiales | <input type="checkbox"/> Artritis |

¿Tiene Ud. alguna alergia a medicamentos, o ha tenido Ud. alguna vez una reacción adversa a algún medicamento? _____

Si la respuesta es afirmativa, ¿a qué? _____

¿Ha reaccionado Ud. alguna vez adversamente a un tratamiento médico o dental? _____

¿Está tomando Ud. actualmente algún medicamento? _____ Si la respuesta es afirmativa, ¿cuál? _____

¿Ha tomado Ud. alguna vez algún medicamento del grupo al que se le conoce como "fenfen" (fenphen, en inglés). Esto incluye combinaciones de Ionimin, Adipez, Fastin (nombres de marcas de fentermina), Pondimin (fenfluramina) y Redux (dexfenfluramine).

Sí No

¿Está Ud. bajo el cuidado de un médico? Sí No ¿Por el tratamiento de qué condiciones? _____

Si el paciente es un niño, ¿cuánto pesa el niño? _____

(Mujeres) ¿Sospecha Ud. que está embarazada? Sí No ¿Está Ud. amamantando a un bebé? Sí No

¿Hay alguna otra cosa que nosotros debiéramos saber sobre su historia clínica? _____

La información de arriba es correcta y completa, a mi leal saber y entender, y se proporciono con el único objeto de que ése use en mi tratamiento, para facturación, y para procesamiento ante el seguro de los beneficios a los que tengo derecho. Yo no haré responsable a mi dentista ni a ningún integrante de su personal por errores u omisiones que yo pueda haber cometido al llenar este formulario.

Fecha: _____ Firma (SIGUE AL DORSO): _____

TRASPASO DE LOS BENEFICIOS DEL SEGURO Y AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

Yo, el suscrito, tengo seguro con (Nombre de la(s) Compañía(s) de Seguros) _____

Y traspaso directamente al Dr. _____ todos los beneficios del seguro, si los hubiere, que de otra manera son pagaderos a mí por servicios prestados. Yo entiendo que soy financieramente responsable por todos los cargos incurridos, ya sea que son pagados por el seguro o no. Por el presente yo autorizo al doctor a divulgar toda la información que sea necesaria para asegurar el pago de los beneficios. Yo autorizo el uso de esta firma en todas las presentaciones que se hagan ante el seguro ya sea que se hagan ante el seguro, ya sea que son hechas manualmente o electrónicamente.

Fecha: _____ Firma: _____

CONSENTIMIENTO SOBRE MENOR/NIÑO

Yo, siendo el padre o tutor de (Nombre del menor/niño) _____ por el presente solicito del y autorizo al personal dental que preste los servicios dentales necesarios para mi niño, incluyendo pero no limitados a, radiografías y la administración de anestesia, que sean considerados aconsejables por el doctor, sea que yo esté presente o no en la cita dental cuando el tratamiento se lleve a cabo.

Fecha: _____ Firma del Asegurado/Tutor: _____

ACUERDO FINANCIERO

Yo acepto que el pago de los servicios dentales se vence cuando se realiza el tratamiento, a menos que se hayan hecho otros arreglos. Yo estoy de acuerdo en que los padres o los tutores son reponsables por todos los honorarios y servicios prestados para el tratamiento de us menor/niño. Yo acepto responsabilidad financiera total por todos los cargos no cubiertos por el seguro.

Fecha: _____ Firma del Asegurado/Tutor: _____