



Douglas Dowdle, DMD

Julie Hess, DMD

Blake Imam, DMD

### Información del Paciente

Nombre \_\_\_\_\_ Prefiero que me llamen \_\_\_\_\_  
Primer Nombre Inicial Apellido

Sexo: H M Edad \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Soltero/a Casado/a Viudo/a Separado/a Divorciado/a

NSS: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_

Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_ Teléfono de la casa \_\_\_\_\_ Celular # \_\_\_\_\_

Correo electrónico \_\_\_\_\_ Me gustaría recibir correspondencias a través de e-mail S N

Información del Esposo/a \_\_\_\_\_  
Primer Nombre Apellido Teléfono de la casa Celular

Contacto en caso de emergencia \_\_\_\_\_ N ° de teléfono \_\_\_\_\_

Empleador del paciente \_\_\_\_\_ Cargo \_\_\_\_\_ Estudiante a tiempo completo S N

Dirección del empleador \_\_\_\_\_ Teléfono de empresa \_\_\_\_\_

¿A quién le enviaremos un regalo de agradecimiento por referirlo? \_\_\_\_\_

### Seguro Primario

Nombre del Asegurado/a \_\_\_\_\_  
Primer Nombre Inicial Apellido

Relación del paciente con el asegurado/o \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ NSS \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Dirección (si es diferente del paciente) \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_ N ° de teléfono \_\_\_\_\_

Persona responsable Empleada por \_\_\_\_\_ Teléfono de empresa \_\_\_\_\_

Compañía de Seguros \_\_\_\_\_ N ° de teléfono \_\_\_\_\_

Dirección del Seguros \_\_\_\_\_ N° de grupo \_\_\_\_\_

**POR FAVOR COMPLETA LOS DOS LADOS**

## Información Adicional del Seguro Secundario

Nombre del Asegurado/a \_\_\_\_\_ Relación al paciente \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

Dirección (si es diferente del paciente) \_\_\_\_\_ NSS \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_ N° de teléfono \_\_\_\_\_

Persona responsable empleada por \_\_\_\_\_ Teléfono de la empresa \_\_\_\_\_

Compañía de Seguro \_\_\_\_\_ N° de teléfono \_\_\_\_\_

Dirección del Seguro \_\_\_\_\_ N° de grupo \_\_\_\_\_

POR FAVOR COMPLETA LOS DOS LADOS

### Historial Clínico

Nombre del Médico \_\_\_\_\_ N° de teléfono \_\_\_\_\_

¿Está actualmente bajo el cuidado de un médico? S N

En caso afirmativo, por favor explique: \_\_\_\_\_

¿Alguna vez ha sido hospitalizado o ha tenido una operación seria? S N

En caso afirmativo, por favor explique: \_\_\_\_\_

¿Está tomando algún medicamento, pastillas o drogas? S N

En caso afirmativo, por favor explique: \_\_\_\_\_

¿Alguna vez has tenido un reemplazo de articulación? S N

En caso afirmativo, por favor explique: \_\_\_\_\_

¿Ha tomado usted Phen-Fen o Redux? S N

En caso afirmativo, por favor explique: \_\_\_\_\_

¿Usa usted tabaco? S N

En caso afirmativo, por favor explique: \_\_\_\_\_

**Mujeres:** ¿Está usted: Embarazada/tratando de quedar embarazada? S N ¿Lactando? S N ¿Toma pastillas anticonceptivas? S N

¿Es usted alérgico o ha reaccionado adversamente a cualquiera de los siguientes? (Marque el/los que aplique/n)

Látex Anestésicos locales Penicilina Eritromicina Tetraciclina Aspirina Codeína Acrílico Metales Otros En caso afirmativo, por favor explique: \_\_\_\_\_

¿Tiene o ha tenido usted alguna de las siguientes enfermedades o condiciones?

S N SIDA / VIH Positivo	S N Medicina Cortisona	S N Hemofilia	S N Tratamientos de Radiación
S N Anafilaxia	S N Diabetes	S N Hepatitis A	S N Pérdida de Peso reciente
S N Anemia	S N Abuso del Alcohol/Drogas	S N Hepatitis B o C	S N Reumática / Fiebre Escarlata
S N Artritis / Gota	S N Enfisema	S N Herpes	S N Reumatismo
S N Válvula Cardíaca Artificial	S N Epilepsia o Convulsiones	S N Presión Arterial Alta	S N Anemia Células Falciformes
S N Articulación Artificial	S N Hemorragia excesiva	S N Urticaria ó Ronchas	S N Sinusitis
S N Asma	S N Sed excesiva	S N Hipoglucemia	S N Enfermedades Estomacales
S N Enfermedad Sanguínea	S N Desmayos o Mareos	S N Latido Irregular	S N Derrame Cerebral
S N Problemas Respiratorios	S N Tos Frecuente	S N Problemas Renales	S N Hinchazón de Extremidades
S N Moretones Fácilmente	S N Dolores de Cabeza Frecuentes	S N Leucemia	S N Enfermedad de la Tiroides
S N Cáncer	S N Glaucoma	S N Enfermedad del Hígado	S N Amigdalitis
S N Quimioterapia	S N Infarto/Insuficiencia Cardíaca	S N Presión Arterial Baja	S N Tuberculosis
S N Dolores de Pecho / Angina	S N Soplo Cardíaco	S N Enfermedad Pulmonar	S N Tumores o Crecimientos
S N Herpes labial o Ampollas	S N Marcapasos Cardíaco	S N Dolor en la mandíbula	S N Ulceras
S N Trastorno Cardíaco Congénito	S N Enfermedades Cardíacas	S N Asistencia Psiquiátrica	S N Ictericia

¿Alguna vez ha tenido alguna enfermedad seria no mencionado anteriormente? S N En caso afirmativo, por favor explique

---

## POLÍTICA FINANCIERA

El pago completo es esperado al momento del tratamiento - al menos que haya hecho un acuerdo con anterioridad.

Como una cortesía a usted, nuestra oficina le cobrará a su compañía de seguro dental. Es su responsabilidad conocer los beneficios del seguro, los máximos, las limitaciones y las frecuencias de éstas. Por favor, esté listo(a) a pagar su parte del pago o copago en el momento del servicio.

Si su seguro niega su reclamo, es su responsabilidad solucionar el problema con su compañía de seguros. Nuestra oficina estará encantada de volver a presentar los reclamos hasta tres veces.

La parte responsable se compromete a:

1. Hacer el pago completo al momento del tratamiento o servicio.
2. Ser responsable por cargos adicionales de costos y/u honorarios de los abogados, si el saldo se vuelve moroso o delinciente y es colocado a una agencia o a un abogado para la colección o la demanda.
3. Pagar un cargo de colección del 40%, que se agregará al saldo pendiente.
4. Un cargo financiero adicional de 1,5% mensual (18% por año) que se aplicará a cualquier cuenta que no haya sido pagada en su totalidad después de 60 días.

Yo entiendo que "Yo" soy responsable financieramente por todos los cargos que sean o no pagados por el seguro. Además, estoy consciente de que si no se me presento a la cita programada o dar al menos un aviso previo de 24 horas laborables se me cobrará un cargo de \$ 25.00 por no asistir a mi cita por cada hora que haya sido programada.

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