



ACTUALIZACION DE LA HISTORIA DEL PACIENTE

Nombre _____ Fecha de Nacimiento ___/___/___ Fecha ___/___/___

Las siguientes preguntas se realizan para actualizar su estado de salud, seguro e información financiera, y para informarnos de cualquier cambio con respecto a las citas en nuestra oficina:

- Tensión Arterial Alta/Baja ○Diabetes ○Asma/Rinitis
○Fiebre Reumática ○Enfermedades Venéreas / SIDA ○Epilepsia
○Hepatitis / Ictericia ○Desvanecimientos / Convulsiones ○Radioterapia
○Problemas Cardíacos ○Úlceras Estomacales ○Artritis

○Sí ○No ¿Esta la paciente embarazada? Fecha de parto: _____
○Sí ○No ¿El paciente requiere antibióticos antes de empezar el tratamiento?
Si respondió Si, explique _____
○Sí ○No ¿Alguna vez el paciente ha tenido un accidente en el rostro o dientes?
Si respondió Si, explique _____
○Sí ○No ¿Está el paciente actualmente bajo tratamiento médico por una enfermedad?
Si respondió Si, explique _____
○Sí ○No ¿Tiene el paciente una tendencia a sangrar o se curan sus heridas lentamente?
Si respondió Si, explique _____
○Sí ○No ¿Es el paciente alérgico al níquel, látex o cualquier medicamento?
Si respondió Si, explique _____
○Sí ○No ¿Esta el paciente tomando medicamentos?
Si respondió Si, explique _____
○Sí ○No ¿Ha cambiado su seguro dental?
Si respondió Si, explique _____

Dirección de la casa _____
Tel. Celular _____ Tel. Trabajo # _____ Tel. Emergencia _____
Nombre de persona responsable _____ Relación con paciente _____
Correo electrónico _____

¿Aparte de la persona responsable, hay alguien más que pueda traer el(la) paciente a las citas para discutir asuntos financieros y programar citas?
Nombre _____ Relación con paciente _____
Nombre _____ Relación con paciente _____

A mi mejor entender, las preguntas de este formulario de actualización han sido respondidas con exactitud. Entiendo que el proveer información incorrecta puede ser peligroso para mi salud y que tengo la responsabilidad de informar a Family Orthodontics de cualquier cambio en mi estado de salud. Yo, autorizo a Family Orthodontics para que lleven a cabo los servicios dental y ortodónticos necesarios que puedan ser requeridos.

Firma de persona responsable _____ Fecha ___/___/___

Consentimiento del paciente para el uso y divulgación de la información protegida de salud
He leído y recibido el "Aviso de Prácticas de Seguridad" y doy mi consentimiento a Family Orthodontics para que use y divulgue la información de salud sobre mí mismo/mi hijo(a) para proseguir con el tratamiento, pagos y procedimientos del cuidado de la salud (TPO).

Nombre del paciente/guardián _____ Firma del paciente/guardián _____ Fecha _____



FORMULARIO PARA EL CAMBIO DE SEGURO

Fecha _____

*****Esto NO es una garantía de beneficios o pago. Los beneficios actuales no podrán ser determinados hasta que la actual reclamación sea recibida por su compañía de seguros. De acuerdo con el contrato, el paciente es responsable de cualquier saldo rechazado por la compañía de seguros*****

Nombre del Paciente: _____ Número de Cuenta: _____

Fecha de Nacimiento del Paciente: _____ Oficina: _____ Fecha de Inicio de Tratamiento: _____

Nombre del Asegurado: _____ Fecha de Nacimiento del Asegurado: _____

Dirección del Asegurado: _____ Código Postal: _____

Empleador/Jefe: _____ Compañía de Seguros: _____

Fecha Inicial de Cubrimiento del Seguro: _____

Número Telefónico de la Compañía de Seguros: : _____ # del Grupo: _____

de Seguro Social del Asegurado: _____

****Adjunto Copia de la Tarjeta de Seguro****

INFORMACION Y AUTORIZACION DEL PAGO

Yo, autorizo la divulgación de cualquier información relacionada con este reclamo y entiendo que soy responsable por todos los costos del tratamiento dental.

Firma (Persona Responsable)

Fecha

Yo, por medio de la presente autorizo el pago directo a Family Orthodontics de los beneficios del grupo de seguro que de lo contrario sean pagaderos a mi nombre.

Firma (Persona Responsable)

Fecha