Bienvenido a:

www.yorkdental.com

1 INFORMACION SOBRE USTED

Fecha:____/____/____ File #:_____

Nombre del Paciente: _____
Apellido Nombre MI.

Fecha Nacimiento:____/____/____ Edad:_____

☐ Hombre ☐ Mujer Número Seguro Social:_____

Dirección Actual:_____
CIUDAD ESTADO ZIP

Teléfono de su casa:_____

Numero de Celular: _____

Teléfono de su trabajo:_____

¿Quien le refirió a la clinica? _____

Correo electronico: _____

Empresa para la que trabaja:_____

Dirección:_____
CALLE CIUDAD ESTADO

Teléfono de su Empresa:_____

Ocupación:_____

Estado Civil: ☐ Menor ☐ Soltero/a ☐ Casado/a ☐ Divorciado/a ☐ Separado/a ☐ Viudo/a

Nombre de su esposo/a:_____

¿Tiene familiares que son pacientes de York Dental?

☐ SI ☐ NO Nombre_____

2 SU SEGURO DENTAL

SEGURO DENTAL PRINCIPAL

Nombre asegurado:_____

Dirección:_____
CIUDAD ESTADO ZIP

Teléfono:_____

Seguro Social:_____

Fecha de Nacimiento: ____/____/____

¿Tiene usted relación con el asegurado/a?: ☐ SI ☐ NO

¿Cuál?_____

Cia Aseguradora_____

Teléfono_____ #Grupo_____

¿TIENE OTRO SEGURO DENTAL?

Nombre asegurado:_____

Dirección:_____
CIUDAD ESTADO ZIP

Teléfono:_____

Seguro Social:_____

Fecha de Nacimiento: ____/____/____

¿Tiene usted relación con el asegurado/a?: ☐ SI ☐ NO

¿Cuál?_____

Cia Aseguradora_____

Teléfono_____ #Grupo_____

3 SU CUENTA EN LA CLINICA

Persona responsable de esta cuenta

Nombre:_____

Parentesco:_____

Dirección:_____
CIUDAD ESTADO ZIP

SS#:_____

Licencia Conducir#:_____

Teléfono Trabajo:_____

Forma de pago: ☐ Cash ☐ Cheque

☐ Indique el número de su tarjeta de crédito arriba (si es aceptada)

_____ Iniciales

Yo autorizo y asigno los derechos y beneficios de mi aseguranza directamente al proveedor de los servicios que se me han realizado. Entiendo completamente que yo soy la persona responsable de hacer frente a cualquier pago no realizado por mi compañía aseguradora

4 EN CASO DE EMERGENCIA

¿A quien avisaremos ?:_____

Parentesco_____

Teléfono de casa:_____

Teléfono Trabajo_____

¿Quien es su Doctor Médico?:_____

Teléfono de su Médico_____

Por favor, continúe por detras

5 INFORMACI N ENTAL

Motivo de su visita: Exámen ☐ Urgencia ☐ Consulta ☐

¿Tiene dolor? SI ☐ NO ☐ ¿Desde cuando?_____

Marque con una (X) si tiene algunos de los siguientes problemas dentales:

☐ le sangran las encías ☐ mal aliento ☐ rotura de dientes

☐ sensibilidad al tomar algo frio ☐ sensibilidad al tomar algo caliente

☐ pérdida de rellenos ☐ otros

¿Requiere premedicación? ☐ SI ☐ NO ☐ NO LO SE

¿Ha visitado al dentista anteriormente?_____¿Cuanto tiempo hace?_____

¿Cual era su clínica dental anterior?_____

¿Cuantas veces se cepilla los dientes al día?_____¿Usa hilo dental?____

6 HISTORIAL MEDICO

¿Está tomando en la actualidad alguno de los siguientes medicamentos?

☐ Para nervios ☐ Relajante muscular ☐ Tranquilizante ☐ Otros

☐ Para el dolor ☐ Estimulantes ☐ Insulina

Marque con (X) si tiene alguno de los siguientes problemas de salud:

☐ Ataque al corazón	☐ Anemia	☐ Leucemia
☐ Cirugía de corazón	☐ Diabetes	☐ Alta/Baja presión sanguinea
☐ Rumor de corazón	☐ Tuberculosis	☐ Transfusiones de sangre
☐ Fiebre reumática	☐ Asma	☐ Sinusitis
☐ Válvulas	☐ Cancer	☐ Problemas de estomago
☐ Problemas de riñón	☐ Artritis/Reuma	☐ Quimioterapia
☐ Problemas de hígado	☐ Tumores	☐ Girugía seria
☐ Problemas respiratorios	☐ Migraña	☐ Hepatitis

Otras enfermedades no mencionadas:_____

¿Es alérgico a: ☐ Penicilina ☐ Tetraciclina ☐ Amoxicilina ☐ Aspirina

☐ Latex ☐ Anestesia Dental ☐ Otros

¿Es Fumador/a? ☐ SI ☐ NO ¿Utiliza lentes de contacto? ☐ SI ☐ NO

MUJER: ¿Esta embarazada? ☐ SI ☐ NO ¿Toma pastillas para control del embarazo? ☐ SI ☐ NO

¿Esta criando un bebé? ☐ SI ☐ NO

*** Nuestra póliza requiere el pago del trabajo el mismo día en que se brinden los servicios. Si la cuenta no se paga en los 90 dias siguientes a la fecha de nuestros servicios usted será responsable si le cargan intereses o su cobro se envía a una Agencia de colección.**

*** Es usted libre de realizar cualquier pregunta referida a nuestros servicios para que el entendimiento entre el Dentista y el Paciente sea completo.**

*** Yo entiendo toda la información anterior y estoy de acuerdo y conforme con todo lo explicado.**

*** He recibido una copia de la Poliza de financiamento de la clinica._____ (Iniciales)**

Firma: **FECHA:**_____/_____/_____