fNombre Completo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Sexo: Hombre O Mujer

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Numero de Seguro Social: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Direccion: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Numero de Tel o Celular: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** Email: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# De Licencia: \_\_\_\_\_\_\_\_\_Estado civil: soltero(a) \_\_Casado(a) \_\_Viudo(a) \_\_\_ Divorciado(a) \_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Empleador:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Cómo se enteró de nosotros? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**En caso de emergencia a quien podemos llamar: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Relación con contacto de emergencia: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Numero de Tel: (\_\_\_) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Farmacia preferida y número de teléfono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Está tomando pastillas/medicinas o vitaminas en este momento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Peso: \_\_\_\_\_\_\_\_\_ Estatura: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fuma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Esta Embarazada o lactando: \_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre y número de tel. de su doctor: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Información Medica; Marque cualquier condición que apliqué o haya tenido:**

Enfermedad del Corazón si\_\_\_\_\_ no\_\_\_\_\_ Soplo Cardiaco si\_\_\_\_\_ no\_\_\_\_\_

Fiebre Escarlata si\_\_\_\_\_ no\_\_\_\_\_ Asma si\_\_\_\_\_ no\_\_\_\_\_

Problemas de sinusitis si\_\_\_\_\_ no\_\_\_\_\_ Osteoporosis si\_\_\_\_\_ no\_\_\_\_\_

Alta presión si\_\_\_\_\_ no\_\_\_\_\_ Hepatitis si\_\_\_\_\_ no\_\_\_\_\_

Ulceras si\_\_\_\_\_ no\_\_\_\_\_ Artritis si\_\_\_\_\_ no\_\_\_\_\_ Tuberculosis si\_\_\_\_\_ no\_\_\_\_\_ Diabetes si\_\_\_\_\_ no\_\_\_\_\_

Ataque del Corazón si\_\_\_\_\_ no\_\_\_\_\_ Glaucoma si\_\_\_\_\_ no\_\_\_\_\_ Epilepsia si\_\_\_\_\_ no\_\_\_\_\_ Anemia si\_\_\_\_\_ no\_\_\_\_\_

Herpes si\_\_\_\_\_ no\_\_\_\_\_ Cáncer si\_\_\_\_\_ no\_\_\_\_\_

Sida si\_\_\_\_\_ no\_\_\_\_\_ HIV si\_\_\_\_\_ no\_\_\_\_\_

**Por favor liste otras condiciones que aplican sobre su salud médica y que estén no indicadas arriba**: \_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Tiene alguna prótesis? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Es alérgico(a) a cualquier medicamento; Marque cualquier condición que apliqué o haya tenido:**

Penicilina ( ) Codina ( ) Aspirina ( ) Sulfa ( ) Metales ( ) Látex ( )

Por favor liste otras alergias no indicadas arriba: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**A mi mejor conocimiento, todas las respuestas anteriores son ciertas y correctas. Si en algún momento yo tengo algún cambio en mi salud o algún cambio en las medicinas que yo tomo, yo informare a mi dentista en la próxima cita.**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del paciente/padre o guardián Fecha

**¿Cuál es la razón porque usted vino al dentista hoy ?**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha de la radiografía más reciente \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Cómo calificaría la condición de su boca? **Excelente Buena Regular Mala**

1. ¿Tiene temor a los tratamientos dentales? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2. ¿Ha tenido experiencias dentales desfavorables?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3. ¿Ha tenido alguna vez complicaciones de tratamientos dentales anteriores?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

4. ¿Tuvo alguna vez aparatos correctores, tratamiento de ortodoncia o corrección de la mordedura?\_\_\_\_\_

5. ¿Le han extraído algún diente? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

6. ¿Hay algo que le gustaría cambiar en cuanto al aspecto de sus dientes?\_\_\_\_\_\_\_\_\_

7. ¿Se están amontonando o espaciando sus dientes?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

8. ¿Aprieta o rechina sus dientes durante el día o la noche?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

9. ¿Usa o ha usado un aparato para la mordida? \_\_\_\_\_\_\_\_\_

10. ¿Siente o nota agujeros (picados, cráteres) en la superficie de mordida de sus dientes?\_\_\_\_\_\_\_

11. ¿Tiene sensibilidad al calor, al frío, a morder o a los dulces en algún diente, o evita cepillar alguna parte de su boca?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

12. ¿Ha tenido alguna vez dolor de dientes, rellenos rotos, dientes rotos, mellados o quebrados?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

13. ¿Sangran sus encías al cepillarse o usar el hilo dental?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

14. ¿Le han tratado alguna vez por enfermedad de sus encías, o le han dicho que tiene pérdida de hueso alrededor de sus dientes?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

15. ¿Ha notado alguna vez un sabor o un olor desagradable en su boca?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

16. ¿Hay alguien con antecedentes de enfermedad de las encías en su familia?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

17. ¿Ha sufrido retracción de las encías? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

18. ¿Alguno de sus dientes se ha aflojado alguna vez por sí solo, sin una lesión, por ejemplo al comer una manzana?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Por favor lea esta forma antes de firmar.**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Firma del paciente/padre o guardián Fecha**

**Por favor de leer las siguientes declaraciones y escriba sus iniciales. Si tiene alguna pregunta por favor háganos saber.**

\_\_\_\_\_ Para su conveniencia tenemos varias opciones de pagos: efectivo, cheques, debito o tarjetas de crédito. Cualquier cheque sin fondo puede llegar a una multa de $35. También ofrecemos financiamiento bajo el programa *Care Credit* quien le puede ayudar a financiar todo su tratamiento sin intereses*.*

\_\_\_\_\_ Cualquier arreglo financiero tiene que ser arreglado antes de que usted comience con el tratamiento.

\_\_\_\_\_ Si usted tiene seguro dental nosotros podemos ayudar a mandar el reclamo sobre su tratamiento. Recuerde que lo que cubre el seguro es solo un estimado, y nosotros no nos hacemos responsables por cualquier cantidad que ellos no cubran. Si el seguro niega cualquier reclamo este es su responsabilidad.

\_\_\_\_\_\_ Estamos comprometidos a usar la tecnología más reciente y en una manera puntualmente. Por lo que le pedimos, que si usted necesita cancelar su cita nos llame 24 horas en anticipación. Si usted no nos avisa puede tener un recargo de **$35.**

**Quien es la persona responsable sobre su cuenta? Y numero de telefono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Tiene seguro medico? Si\_\_\_ o no\_\_\_\_, Si no tiene, no es necesario llenar la siguiente sección.

**Información de seguro primario:**

Nombre del suscriptor (persona cargando el seguro):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Seguro social: \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ # de teléfono: (\_\_\_) \_\_\_\_\_\_\_

El seguro es por medio del trabajo? Si\_\_ o no\_\_ Nombre del empleador: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dirección del empleador: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ # de teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre del seguro dental: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ID#\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_# de grupo\_\_\_\_\_\_\_\_

**Información de seguro secundario:**

Tiene usted dos seguros? Si\_\_\_ o No\_\_\_ Si no tiene, no es necesario llenar la siguiente sección

Nombre del suscriptor (persona cargando el seguro):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Seguro social: \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ # de teléfono: (\_\_\_) \_\_\_\_\_\_\_

El seguro es por medio del trabajo? Si\_\_ o no\_\_ Nombre del empleador: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dirección del empleador: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ # de teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre del seguro dental: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ID#\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_# de grupo\_\_\_\_\_\_\_\_

**Por favor lea esta forma antes de firmar.**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Firma del paciente/padre o guardián Fecha**

Según la ley federal que protege la información sobre su salud, usted tiene derecho a la confidencialidad. Estos derechos son dados bajo **La Ley de Transferencia y Responsabilidad de Seguro Médico** **1996 (HIPPA).** Es importante que conozca estos derechos. Puede ejercerlos, informarse y presentar una queja si considera que no están respetando o que no se protege su información. Usted tiene derecho a saber cómo su proveedor o asegurador de salud usa y comparte la información sobre su salud. Se le debe entregar una notificación en la que se indique de qué forma se emplea y compartirá la información sobre su salud y la manera en la que puede ejercer sus derechos. En la mayoría de los casos, deberá recibir la notificación en la primera consulta a un proveedor, o su asegurador de salud se la enviará por correo. Usted puede solicitar una copia en cualquier momento.

**Leer sus archivos dentales y obtener una copia**

Puede solicitar autorización para ver sus archivos dentales y otra información sobre su salud y obtener una copia. Es posible que en algunos casos particulares no pueda acceder a todos los datos. Por ejemplo, si su médico considera que algo que figura en su expediente puede resultar peligroso para usted o para otra persona, es posible que no le entregue esa información. En la mayoría de los casos, se le deben entregar las copias antes de que transcurran 30 días, pero el plazo se puede extender por otros 30 días si se le da una razón. Es posible que deba pagar los gastos de las copias y el envío si lo solicita.

**Decidir si autoriza que su información se utilice o comparta.**

Por lo general, no se le puede brindar información sobre susalud a ninguna persona o agencia a menos que usted firme un formulario deautorización. Este formulario de autorización debe indicarquién recibirá su información. Le informamos que todos los empleados, asistentes y doctores continúan entrenamiento para entender y seguir las leyes y regulaciones del gobierno sobre La Ley de Transferencia y Responsabilidad de Seguro Médico.

**Nombre de personas autorizadas para recibir su información: Parentesco:**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Por favor lea esta forma antes de firmar.**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Nombre del paciente Fecha de nacimiento**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Firma del paciente/padre o guardián Fecha**

**Consentimiento para uso en redes sociales**

**Yo, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, doy mi permiso a DFW Dental Service para usar mi imagen (fotografias y/o videos) para uso en publicaciones incluyendo videos, redes sociales, revistas, hojas informativas, pagina web y publicaciones en general.**

**Yo niego cualquier derecho a inspeccionar o aprobar las fotografias que se usaran en el futuro para uso de marketing o educacional.**

**Favor de poner sus iniciales en el parafo que aplique a su situacion presente:**

**\_\_\_ Tengo 18 anos o mayor y tomo mis propias decisiones. He leido esta forma antes de firmar y entiendo por completo el contenido.**

**\_\_\_ Soy el padre o guardian legal de el paciente mencionado abajo. He leido y entiendo por completo el contenido de esta forma. Entiendo que soy libre de hacer cualquier pregunta sobre esta forma antes de firmar.**

**Firma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Firma del padre o guardian legal: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

****