

Kindly Dental

18652 NW 67th AVE | MIAMI FL, 33016 | Phone: (305) 474-0400 | Fax: (305) 474-0094

INFORMACION DEL PACIENTE

Fecha _____ Fecha de Nacimiento _____
Lugar de Empleo de Paciente o Guarda _____
SSN# _____ Ocupación _____
Nombre _____ Domicilio de Empleo _____
Apellido Nombre MI
Ciudad _____ Estado _____ Postal _____
Domicilio _____
Ciudad _____ Estado _____ Postal _____
Numero de Trabajo (_____) _____
Correo Electrónico _____
Nombre de Guarda o Esposo(a) _____
Sexo ☐ M ☐ F Edad _____

NUMERO DE TELEFONO

Casa (_____) _____ Trabajo (_____) _____ Ext _____ Cell (_____) _____
Trabajo de guarda o esposo(a) (_____) _____ Mejor tiempo para contactarlo _____

EN CASO DE EMERGENCIA

Nombre _____ Relación _____
Numero (_____) _____ Numero de trabajo (_____) _____ Ext _____

HISTORIA DENTAL

Motivo de la visita de hoy _____ Fecha de última visita dental _____

Fecha de ultima radiografía dental _____

Por favor marque "Si" o "No" para indicar si ha tenido alguno de los siguientes:

Sangrado de las encías ☐ Si ☐ No
Mal aliento ☐ Si ☐ No
Ampollas en labios o boca ☐ Si ☐ No
Sensación de ardor en la lengua ☐ Si ☐ No
Masticar en un lado de la boca ☐ Si ☐ No
Fumar cigarrillo, pipa o puros ☐ Si ☐ No
Tronado o reventar de mandíbula ☐ Si ☐ No
Boca seca ☐ Si ☐ No
Morderse las unas ☐ Si ☐ No
Colección de comida entre dientes ☐ Si ☐ No
Objetos extraños ☐ Si ☐ No
Rechinar dientes ☐ Si ☐ No
Encías hinchadas o adoloridas ☐ Si ☐ No
Dolor/Cansancio en la mandíbula ☐ Si ☐ No

Morder los labios/cachetes ☐ Si ☐ No
Dientes sueltos o rellenos rotos ☐ Si ☐ No
Respiración de la boca ☐ Si ☐ No
Dolor en la boca de cepillado ☐ Si ☐ No
Tratamiento de ortodoncia ☐ Si ☐ No
Dolor alrededor de la oreja ☐ Si ☐ No
Tratamiento de periodontal ☐ Si ☐ No
Sensibilidad al frio ☐ Si ☐ No
Sensibilidad al caliente ☐ Si ☐ No
Sensibilidad a dulces ☐ Si ☐ No
Sensibilidad al morder ☐ Si ☐ No
Herpes o crecimientos en la boca ☐ Si ☐ No

Con que frecuencia usa hilo dental? _____

Con que frecuencia usted se cepilla? _____

Kindly Dental

18652 NW 67th AVE | MIAMI FL, 33016 | Phone: (305) 474-0400 | Fax: (305) 474-0094

HISTORIA DE LA SALUD

Alguna vez ha tomado cualquier droga del grupo denominadas colectivamente como "fen-phen"? Estos incluyen combinaciones de Ionimin, Adipex, Fastin (marcas de la fentermina), Luminal (fenfluramina) y Redux (dexfenfluramina). ☐ Si ☐ No

Marque "Si" o "No" para indicar si ha tenido alguno de los siguiente:

SIDA/VIH	☐ Si	☐ No	Lentes de contacto?	☐ Si	☐ No	Tratamiento de radiación	☐ Si	☐ No
Anemia	☐ Si	☐ No	Enfisema	☐ Si	☐ No	Enfermedad respiratoria	☐ Si	☐ No
Artritis, Reumatismo	☐ Si	☐ No	Epilepsia	☐ Si	☐ No	Fiebre reumática	☐ Si	☐ No
Válvulas artificiales	☐ Si	☐ No	Desmayos o mareos	☐ Si	☐ No	Escarlatina	☐ Si	☐ No
Articulaciones artificiales	☐ Si	☐ No	Glaucoma	☐ Si	☐ No	Dificultad para respirar	☐ Si	☐ No
Asma	☐ Si	☐ No	Dolor de cabeza	☐ Si	☐ No	Problemas del seno	☐ Si	☐ No
Problemas de espalda	☐ Si	☐ No	Soplo de corazón	☐ Si	☐ No	Ronchas en la piel	☐ Si	☐ No
Bisphosphonates	☐ Si	☐ No	Problemas de corazón	☐ Si	☐ No	Dieta especial	☐ Si	☐ No
(Boniva, Fosamax, Zometa)			Hepatitis Tipo _____	☐ Si	☐ No	Embolio	☐ Si	☐ No
Sangrado anormal con	☐ Si	☐ No	Herpes	☐ Si	☐ No	Pies/Tobillos hinchados	☐ Si	☐ No
extracciones o cirugía			Presión Alta	☐ Si	☐ No	Glándulas del cuello	☐ Si	☐ No
Enfermedad de la sangre	☐ Si	☐ No	Ictericia	☐ Si	☐ No	inflamadas		
Cáncer	☐ Si	☐ No	Dolor en la mandíbula	☐ Si	☐ No	Problemas de la tiroides	☐ Si	☐ No
Dependencia química	☐ Si	☐ No	Enfermedad de riñones	☐ Si	☐ No	Amigdalitis	☐ Si	☐ No
Quimioterapia	☐ Si	☐ No	Enfermedad del hígado	☐ Si	☐ No	Tuberculosis	☐ Si	☐ No
Problemas circulatorios	☐ Si	☐ No	Presión baja	☐ Si	☐ No	Tumor o crecimiento	☐ Si	☐ No
Lesiones corazón congénitas	☐ Si	☐ No	Prolapso de válvula mitral	☐ Si	☐ No	en cabeza o cuello		
Tratamientos de cortisona	☐ Si	☐ No	Problemas nerviosos	☐ Si	☐ No	Úlcera	☐ Si	☐ No
Tos, persistente o sangre	☐ Si	☐ No	Marcapasos	☐ Si	☐ No	Enfermedad venérea	☐ Si	☐ No
Diabetes	☐ Si	☐ No	Atención psiquiátrica	☐ Si	☐ No	Perdida de peso inexplicada	☐ Si	☐ No

Alguna vez ha estado hospitalizado? ☐ Si ☐ No En caso sí, explicar _____ Fecha _____

Nombre de Medico _____ Teléfono (____) _____ Ultima visita _____

Mujeres:

Está embarazada? ☐ Si ☐ No Fecha de espera _____ Esta amamantando? ☐ Si ☐ No

Toma anticonceptivos? ☐ Si ☐ No

MEDICAMENTOS

Liste medicamentos que esta tomando actualmente:

ALERGIAS

☐ Aspirina	☐ Anestesia Local (Novocaína)
☐ Barbitúricos	☐ Penicilina
☐ Codeína	☐ Sulfa/Sulfato/Sulfitos
☐ Yodo	☐ Otro _____
☐ Látex	☐ Ninguno

RECONOCIMIENTO

La información proporcionada es exacta a su mejor conocimiento:

Firma del Paciente o Guarda

Fecha

Kindly Dental

18652 NW 67th AVE | MIAMI FL, 33016 | Phone: (305) 474-0400 | Fax: (305) 474-0094

Póliza Financiera

Esta declaración es para informarle acerca de nuestra política financiera. Es importante para nosotros que la calidad de nuestro negocio coincide con la calidad de nuestra atención dental. Queremos que desde el principio, el manejo de su cuenta sea percibida como una extensión de la atención dental que ofrecemos a usted y a su familia.

Los pagos son debidos en el tiempo de servicio. Los pacientes con seguro tendran que pagar cualquier parte que su seguro no cubre en el momento del servicio. Nuestra oficina procesa todas las reclamaciones dentales. Para que podemos presentar su reclamo (s) de seguros correctamente, pedimos que todos los pacientes proporcionen la información del seguro y de la tarjeta antes de ver al médico. Esto asegura que nuestra oficina obtenga la información correcta para servirle mejor en cuanto a sus beneficios.

Presentamos reclamaciones de seguros para todos los pacientes con seguro. Aceptamos asignación de beneficios de seguro, sin embargo el balance es su responsabilidad si su compañía de seguros paga o no. No podemos cobrarle a su compañía de seguros, a menos que usted nos dé su información de seguro completo. Su póliza de seguro es un contrato entre usted y su compañía de seguros. No somos una parte de ese contrato. En el caso de que su compañía de seguros niegue el pago de un servicio, usted es responsable por esos cargos.

He leído la Póliza Financiera. Entiendo, acepto, y estoy de acuerdo con la póliza financiera.

Firma de Paciente o Guarda

Fecha

Testigo

Kindly Dental

18652 NW 67th AVE | MIAMI FL, 33016 | Phone: (305) 474-0400 | Fax: (305) 474-0094

PATIENT CONSENT FOR USE AND DISCLOSURE OF PROTECTED HEALTH INFORMATION (PHI) ACKNOWLEDGMENT OF RECEIPT OF NOTICE OF PRIVACY PRACTICES

*CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE PARA USAR Y COMPARTIR INFORMACION PERSONAL DE SALUD Y CONFIRMACION DE RECIBO DE LA NOTA DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD

I acknowledge that I have been provided with **Kindly Dental**, “Notice of Privacy Practices”, and I am giving my consent for the use and disclosure of Protect Health Information as required and / or permitted by law.

Confirmo que se me ha proveido con la “Nota De Practicas De Privacidad” de **Kindly Dental, y doy mi consentimiento para usar y compartir Información Personal De Salud como lo permita y/o requiera la ley.*

Patient Name: *(please print)* _____
Nombre Del Paciente: *(nombre en letra de molde por favor)* _____

Patient Signature *(or legal representative; proof may be requested)* _____
Firma Del Paciente: *(o representante legal; prueba puede ser requerida)* _____

Date: *(dd/mm/yy)* _____
Fecha: *(dd/mm/aa)* _____