

# Bienvenido

¡Gracias por seleccionar nuestro equipo de atención dental!  
Nos esforzaremos por prestarle la mejor atención dental posible.  
Para ayudarnos a satisfacer todas sus necesidades de atención dental,  
llene completamente este formulario con lápiz de tinta. Si tiene alguna  
pregunta o necesita ayuda, consúltenos, con gusto lo ayudaremos.

## Información del Paciente (CONFIDENCIAL)

No. de paciente \_\_\_\_\_  
No. de seguro social \_\_\_\_\_  
Fecha \_\_\_\_\_  
Teléfono particular \_\_\_\_\_  
Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_  
Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado/  
Provincia \_\_\_\_\_ Código Postal/  
P.C. \_\_\_\_\_  
Correo electrónico \_\_\_\_\_ Teléfono celular \_\_\_\_\_  
Marque el cuadro correspondiente:  Menor  Soltero(a)  Casado(a)  Divorciado(a)  Viudo(a)  Separado(a)  
Si es estudiante, nombre de la universidad \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado/  
Provincia \_\_\_\_\_  Tiempo completo  Tiempo parcial  
Paciente o empleador del paciente o tutor \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo \_\_\_\_\_  
Dirección comercial \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado/  
Provincia \_\_\_\_\_ Código Postal/  
P.C. \_\_\_\_\_  
Cónyuge o nombre del padre o tutor \_\_\_\_\_ Empleador \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo \_\_\_\_\_  
¿A quién le podemos agradecer por derivarlo? \_\_\_\_\_  
Persona de contacto en caso de urgencia \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

## Parte Responsable

Nombre de la persona responsable de esta cuenta \_\_\_\_\_ Relación con el  
Paciente \_\_\_\_\_  
Dirección \_\_\_\_\_ Teléfono particular \_\_\_\_\_  
Correo electrónico \_\_\_\_\_ Teléfono celular \_\_\_\_\_  
No. de licencia de conducir \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Institución financiera \_\_\_\_\_  
Empleador \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo \_\_\_\_\_ No. de seguro social \_\_\_\_\_  
¿Está persona es actualmente paciente de nuestra consulta?  Sí  No  
Para su comodidad, le ofrecemos los siguientes métodos de pago. Marque la opción que prefiera. Pago total en cada cita:  
 Efectivo  Cheque personal  Tarjeta de crédito  VISA  MasterCard  Deseo analizar las políticas de pago de la consulta.

## Información del Seguro

Nombre del asegurado \_\_\_\_\_ Relación con el  
Paciente \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ No. de seguro social \_\_\_\_\_ Fecha de empleo \_\_\_\_\_  
Nombre del empleador \_\_\_\_\_ No. de sindicato o gremio local \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo \_\_\_\_\_  
Dirección del empleador \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado/  
Provincia \_\_\_\_\_ Código Postal/  
P.C. \_\_\_\_\_  
Compañía de seguros \_\_\_\_\_ No. do grupo \_\_\_\_\_ Política/No. de identificación \_\_\_\_\_  
Dirección de la compañía de seguros \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado/  
Provincia \_\_\_\_\_ Código Postal/  
P.C. \_\_\_\_\_  
¿De cuánto es su deducible? \_\_\_\_\_ ¿Cuánto ha usado? \_\_\_\_\_ Beneficio máximo anual \_\_\_\_\_

¿TIENE ALGÚN SEGURO ADICIONAL?

Sí

No

SI LA RESPUESTA ES SÍ, LLENE LO SIGUIENTE:

Nombre del asegurado \_\_\_\_\_ Relación con el  
Paciente \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ No. de seguro social \_\_\_\_\_ Fecha de empleo \_\_\_\_\_  
Nombre del empleador \_\_\_\_\_ No. de sindicato o gremio local \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo \_\_\_\_\_  
Dirección del empleador \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado/  
Provincia \_\_\_\_\_ Código Postal/  
P.C. \_\_\_\_\_  
Compañía de seguros \_\_\_\_\_ No. de grupo \_\_\_\_\_ Política/No. de identificación \_\_\_\_\_  
Dirección de la compañía de seguros \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado/  
Provincia \_\_\_\_\_ Código Postal/  
P.C. \_\_\_\_\_  
¿De cuánto es su deducible? \_\_\_\_\_ ¿Cuánto ha usado? \_\_\_\_\_ Beneficio máximo anual \_\_\_\_\_

Sigue en la hoja siguiente

# Antecedentes Médicos del Paciente

Médico \_\_\_\_\_ No. de teléfono de la consulta \_\_\_\_\_

- |  | Sí                       | No                       |  | Sí                       | No                       |
|--|--------------------------|--------------------------|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. ¿Se encuentra ahora bajo tratamiento? .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 10. ¿Está usando lentes de contacto? .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. ¿Ha estado alguna vez hospitalizada por alguna intervención quirúrgica o enfermedad grave durante los últimos 5 años? ..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 11. ¿Es alérgico o ha sufrido alguna reacción alérgica a los siguientes elementos?   |                          |                          |
| Si la respuesta es sí, explique _____  |                          |                          | Anestesia Local (por ejemplo, Novocaina) .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. ¿Toma algún medicamento(s) incluidos los medicamentos sin receta médica? .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Penicilina o cualquier otro antibiótico .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Si la respuesta es sí, ¿qué medicamento(s) está tomando?   |                          |                          | Medicamentos con Sulfa .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. ¿Ha tomado alguna vez Fen-Phen/Redux? .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Barbitúricos .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. ¿Ha tomado alguna vez Fosamax, Boniva, Actonel o algún medicamento para el cáncer que contenga bisfosfonatos? .....         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Sedantes .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. ¿Ha tomado Viagra, Revatio, Cialis o Levitra en las últimas 24 horas? .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Yodo .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. ¿Consumo tobacco .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Aspirina .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. ¿Usa sustancias controladas? .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Algún Metal (por ejemplo, níquel, mercurio, etc.) .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. ¿Tiene o ha tenido alguno de los siguientes?  |                          |                          | Látex/Goma .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|  |                          |                          | Otro (por favor enumere) .....   |                          |                          |
|  |                          |                          | 12. ¿Tiene tos o aclaración de la garganta persistente no asociada con una enfermedad conocida (que haya durado más de 3 semanas)? ..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|  |                          |                          | 13. Sólo Mujeres:  |                          |                          |
|  |                          |                          | a) ¿Está actualmente embarazada o cree que pueda estarlo? .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|  |                          |                          | b) ¿Está amamantando? .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|  |                          |                          | c) ¿Está tomando anticonceptivos orales? .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

	Sí	No		Sí	No		Sí	No
Hipertensión Arterial .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cardiopatía .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor en el pecho .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ataque Cardíaco .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Marcapasos Cardíaco .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ouedar Fácilmente sin Aliento .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fiebre Reumática .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Soplo Cardíaco .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Derrame Cerebral .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hinchazón de Tobillos .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Angina .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fiebre del Heno/Alergias .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Desmayo/Ataques .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cansancio Frecuente .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tuberculosis .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asma .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anemia .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Radioterapia .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Presión Arterial Baja .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfisema .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Glaucoma .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Epilepsia/Convulsiones .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cáncer .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pérdida de Peso Reciente .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leucemia .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Artritis .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad Hepática .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Implante o Reemplazo de Articulaciones .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas al Corazón .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedad Renal .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hepatitis/Ictericia .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas Respiratorios .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SIDA or Infección de VIH .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedades de transmisión sexual .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Prolapso de la Válvula Mitral .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problema de Tiroides .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas Estomacales/Ulceras .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otros .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

# Antecedentes Dentales del Paciente

Nombre y Ubicación del Dentista Anterior \_\_\_\_\_

- |   | Sí                       | No                       |   | Sí                       | No                       |
|---|--------------------------|--------------------------|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. ¿Sangran sus encías mientras se cepilla o usa la seda dental? .....            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 8. ¿Tiene dolores de cabeza frecuentes? .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. ¿Sus dientes son sensibles a los alimentos o líquidos calientes o fríos? ..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 9. ¿Aprieta o rechina los dientes? .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. ¿Sus dientes son sensibles a los alimentos o líquidos dulces o amargos? .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 10. ¿Se muerde los labios o mejilla con frecuencia? .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. ¿Siente dolor en alguno de sus dientes? .....                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 11. ¿Ha tenido extracciones difíciles en el pasado? .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. ¿Tiene alguna llaga o bulto en la boca o alrededor de ella? .....              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 12. ¿Ha tenido alguna vez alguna hemorragia prolongada después de una extracción? .....                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. ¿Ha tenido lesiones en la cabeza, cuello o mandíbula? .....                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 13. ¿Ha tenido algún tratamiento ortodoncia? .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. ¿Ha experimentado alguno de los siguientes problemas en su mandíbula?          |                          |                          | 14. ¿Usa prótesis totales o parciales? .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Chasquido .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Si la respuesta es sí, fecha de postura _____   |                          |                          |
| Dolor (articulación oído costado de la cara) .....                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 15. ¿Ha recibido alguna vez instrucciones de higiene bucal concerniente al cuidado de sus dientes y encías? ..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Dificultad para abrirla o cerrarla .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 16. ¿Le gusta su sonrisa? .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Dificultad para mascar .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |   |                          |                          |

# Autorización y Entrega de Información

Certifico que he leído y que comprendo la información anterior, a mi entender. Las preguntas anteriores se han contestado en forma precisa. Comprendo que proporcionar información incorrecta puede ser peligroso para mi salud. También autorizo al dentista a entregar cualquier información incluido el diagnóstico y registros de cualquier tratamiento o exámenes prestados a mi o a mi hijo durante el periodo de dicha atención dental a terceros pagadores y/o a otros profesionales de la salud. Autorizo y solicito a mi compañía de seguros a pagar directamente al dentista o al grupo de dentistas los beneficios del seguro o de lo contrario pagaderos a mi persona. Comprendo que mi compañía de seguros dental puede pagar menos que la boleta real por los servicios. Acepto hacerme responsable de los pagos de todos los servicios prestados en mi nombre o mis cargas.

X

Firma del paciente (o padre/tutor si es menor de edad)

Comentarios del médico _____	
Firma _____	Fecha _____

Name paciente \_\_\_\_\_

Registro Number \_\_\_\_\_

## Seton Center, Inc.

### **Reconocimiento del centro de Seton aviso de prácticas de privacidad**

Seton centro proporciona una explicación detallada de sus derechos y las prácticas de guía cómo se trata la información en la base de datos del centro de Seton. Al firmar este documento usted reconoce que usted ha sido ofrecido o recibido una copia de la notificación de prácticas de privacidad, y han tenido la oportunidad de revisar el Seton aviso centro de prácticas de privacidad.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente/padre o Tutor Legal Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del testigo fecha

2015 revisado

Seton Center, Inc.  
Calle 2816 E 23<sup>rd</sup>  
Kansas City, MO 64127

Consentimiento para el tratamiento

Yo autorizo al dentista Seton centro u otro personal autorizado, para proporcionar tratamiento o consulta que estime conveniente para mi atención o cuidado de mi hijo. Además, entiendo que todos los documentos médicos, incluyendo radiografías, seguirán siendo propiedad de Seton Center, Inc.

\_\_\_\_\_  
Paciente/padre o Tutor Legal firma fecha

Lanzamiento de asignaciones y beneficios seguro

El abajo firmante, certifico que yo mis dependientes tienen cobertura dental con:  
Nombre de seguro dental: \_\_\_\_\_  
y asignar todos los pagos de beneficios autorizados a efectuar Seton Center, Inc.

El nombre de mí / mi dependiente. Además, autorizo la publicación de cualquier información a cualquier pagador privado, agencia del gobierno pagador tercero responsable por el pago de las prestaciones relacionadas con cualquier reclamación presentada en mi nombre o en nombre de mis dependientes. Me comprometo a asumir la responsabilidad financiera de todos los gastos de este tipo de atención.

\_\_\_\_\_  
Paciente/padre o Tutor Legal firma fecha

En caso de emergencia, por favor notifique: \_\_\_\_\_

Relación a Paciente \_\_\_\_\_ teléfono # \_\_\_\_\_

2015 revisado

## Centro de familia y servicios de salud de Seton

### Expectativos y responsabilidades del paciente

Bienvenidos al centro de familia y servicios de salud de Seton. Nuestro objetivo es proporcionar servicios de salud y dental asequible y de calidad. Para obtener nuestro objetivo, trabajamos en y dependemos en la honestidad y la comunicación abierta con nuestros pacientes. El propósito de este documento es para establecer un acuerdo entre usted y el centro de Seton sobre lo que podemos esperar de cada uno en relación de su salud y sanitario de dental. Por favor lee este documento con cuidado y si tienes preguntas no dudes en hacer preguntas. Nos pedimos que firmes este documento como parte de su proceso de matricula.

Expectaciones de los pacientes:

1. Mantengan información completa y exacta para su familia y usted mismo. Informa si tienes algún cambio con su información o la información de la familia.
2. Hace preguntas si no entiendes la información que has recibido de la dentista o de un miembro de la oficina de negocios.
3. Adhieren a las directrices de la clínica, normas, instrucciones de profesiones medico o los empleados con respeto al centro de Seton.
4. **Mantengan sus citas o dar notificación 24 horas en avance si necesitas cancelar. No presentarse o cancelación de las citas después de dos veces resultara en la denegación de servicios a menos que participas en la clase de obligación de los pacientes.**
5. La pueden negar tratamiento si desean.
6. Trata los empleados de Seton con respeto y cortesía.
7. Llevan sus preocupaciones o quejas a la atención de los empleados.
8. **Pagan los servicios al tiempo de cita.** Parte de la misión es dar un descuento de escala a los que necesitan, sin embargo, para que la misión continua en servicio, su cuenta debe ser pagado al tiempo de cita y en ningún momento debe exceder de \$50.00 si usted esta recibiendo el descuento de escala o salario completo.
9. Pacientes debe confirmar sus citas el día anterior. Si no, su cita lo daré a otra persona.
10. Si cambias el número de teléfono por favor llámanos para avisar del cambio. Si tu número de teléfono esta desconectada llámanos.

**11. SOLO SE PERMITE EL PACIENTE EN EL CUARTO DE EXAMEN.**  
Pacientes pueden esperar de los empleados de Seton:

1. Tratarse con respecto, cortesía y privacidades apropiadas.
2. Trataremos la información que usted proporcione de manera confidencial.
3. proporcionar y dar explicación de cualquier pregunta que usted puede tener acerca de su cuenta, su cuidado u otro servicio de Seton.
4. Informarle adecuadamente de las opciones disponibles relacionados con su cuidado y las obligaciones de pago.
5. Trabaja con usted de las opciones disponibles a su cuidado y pago.
6. Escucháramos las preocupaciones y quejas que usted tiene y hacer cualquier cambio necesario para rectificar la situación.
7. Daremos una explicación por escrito antes de los servicios son terminados.
8. Intentara llamar y confirmar citas el día anterior.

\_\_\_\_\_  
Firma de paciente o guardia

\_\_\_\_\_  
fecha

\_\_\_\_\_  
Firma de empleado

\_\_\_\_\_  
fecha