

NOS COMPLACE DARLE LA BIENVENIDA A NUESTRA OFICINA, POR FAVOR

TOMESE UNOS MINUTOS PARA LLENAR ESTA FORMA.

Información del Paciente

Fecha_____

Nombre_____ Teléfono()_____

Fecha de Nacimiento_____ Sexo H__M__

de S.Social_____ # de Lic. de Manejar_____

Nino/a__ Soltero/a__ Casado/a__ Viudo/a__ Separado/a__ Divorciado/a__

Direccion_____ Ciudad_____ Estado_____Codigo_____

Donde trabaja?_____ Ocupacion_____

Ha venido aqui alguien de su familia?_____

Nombre_____Parentezco_____

Si es estudiante, Nombre de la Escuela_____

Direccion_____ Ciudad_____ Estado_____Codigo_____

Nombre de la Seguridad_____ # de Teléfono_____

A quien le agradecemos la referencia?_____

En caso de emergencia, a quien le podemos llamar?_____

de Telefono()_____ Parentezco_____

Si el paciente es un niño/a llene lo siguiente

Persona responsable_____ Parentesco al Paciente_____

Fecha de nacimiento_____ # de S.Social_____

Direccion_____ Ciudad_____ Estado_____Codigo_____

Sexo H__M__ Soltero/a__ Casado/a__ Viudo/a__ Separado/a__ Divorciado/a__

LA SIGUIENTE PAGINA POR FAVOR

HISTORIA DENTAL

Razón por la que vino hoy _____

Fecha de su ultima visita al dentista _____ Nombre de el Dentista _____

Marque si ha tenido algún problema de los siguientes:

___ Mal aliento ___ Rechina los dientes ___ Sensible a lo caliente ___ Sangrado de encía

___ Dientes flojos ___ Sensible a lo dulce ___ Ruido en la quijada ___ Rellenos quebrados

___ Sensible cuando muerde ___ Se junta comida entre los dientes ___ Sensible a lo frio

Cada cuando usa el hilo dental? _____ Cada cuando se cepilla? _____

HISTORIA MEDICA

Nombre de su doctor _____ Fecha de su ultima visita _____

Ha tenido alguna operacion o enfermedad grave? _____

Ha tenido transfusion de sangre? ___ No ___ Si Que fecha? _____

Anote cualquier medicamento que este tomando _____

Es alergico a algun medicamento? _____

(Mujeres) Embaraza? ___ Si ___ No Amamantando? ___ Si ___ No Toma pastillas anticonceptivas? ___ Si ___ No

Marque si tiene o ha tenido algo de lo siguiente: _____

___ Anemia ___ Tratamiento de cortisone ___ Hepatitis ___ Falta de aliento

___ Artritis, Reumas ___ Tos persistente ___ Alta Presion ___ Salpullido en la piel

___ Valvulas artificiales del Corazon ___ Diabetis ___ Sida o HIV ___ Embolia

___ Coyonturas artificiales ___ Epilepsia ___ Dolor de quijada ___ Pies/tobillos hinchados

___ Asma ___ Desmayos ___ Enfermedad de Hgado ___ Problema de tiroides

___ Problemas de espalda ___ Glaucoma ___ Enfermedad de Rinon ___ Habito al Tabaco

___ Enfermedad de la sangre ___ Dolor de cabeza ___ Marcapasos ___ Anginas

___ Cancer ___ Murmullo al Corazon ___ Tratamiento de radicion ___ Tuberculosis

___ Quimoterapia ___ Problemas del corzaon ___ Enfermedad respiratoria ___ Ulceras

Problemas respiratorios Hemophilia Fiebre reumatica Enfermedad venerea

**ENTIENDO Y ESTOY DE ACUERDO QUE SOY RESPONSIBLE DE PAGAR ODOS LOS SERVICIOS PRESTADOS
A FAVOR DE**

MI O MIS DEPENDIENTES.

Firme _____ **Fecha** _____



AW Reynolds Jr - Durham PLLC

601 Fayetteville Street
Suite 100
Durham, NC 27701
919-973-0178

Trophysmilesdurham@gmail.com

Reglas de la oficina

1. Todos los pacientes mayores de 18 años deben mostrar su identificación con foto.
2. Si corresponde, los copagos deben pagarse en el momento de la visita.
3. Todos los pacientes deben mostrar su tarjeta de seguro / Medicaid actual
4. Los pacientes deben tener su información médica actual con todos los medicamentos recetados.

Para todas las citas

1. Hay un cargo de \$ 50 por cancelaciones con poca antelación o menos de 24 horas o citas por no presentarse. Si su cita dura más de 1 hora, necesitamos notificaciones de cancelación de 48 horas. Si está programado para ver al higienista y al médico, esto se considera como dos citas separadas. Si recibe 3 o más citas rotas, será despedido de nuestra oficina. Es su responsabilidad recordar la hora de su cita. Sin embargo, se lo recordaremos con una llamada de cortesía.
2. Si debe cancelar, debe llamar al menos 24 horas antes de la hora señalada.
3. Todas las citas deben confirmarse antes de las 3 pm del día anterior a su cita llamando a la oficina. Puede dejar un mensaje telefónico si es después del horario laboral normal. Su cita puede cancelarse si no llama para confirmar.
4. Si tiene niños pequeños y debe traerlos a su cita, una persona responsable debe acompañarlo para cuidar a los niños durante el horario de su cita para mantener nuestro horario y respetar a los demás pacientes y al personal.

5. Si cambia su número de teléfono, dirección o información del seguro, llame y proporcione a nuestra oficina la información actualizada.
6. Cualquier cita interrumpida un sábado (si corresponde) resultará en una suspensión de seis meses.
7. Hay un cargo de \$ 30 por todos los cheques devueltos. Nuestra oficina tiene una cuenta Check Track a través de nuestro banco que carga automáticamente en su cuenta el monto nominal más una tarifa de procesamiento de \$ 25.
8. Cualquier cita 15 minutos más tarde o más se puede reprogramar y cobrar una tarifa.
9. Cualquier cita que requiera más de una hora de tiempo de cita, que se rompa, es posible que deba pagar un depósito por adelantado antes de reprogramar la cita.

Los niños menores de 18 años no serán atendidos a menos que estén acompañados por un padre / tutor.

Los niños menores de 12 años no pueden ingresar al área de recepción sin la supervisión de un adulto.

Los padres no están permitidos en el área de tratamiento mientras se realizan los procedimientos dentales debido al espacio limitado.

He leído y entendido las reglas y políticas de la clínica y por la presente acepto todo lo anterior.

Firma: _____