



# VALE FAMILY DENTAL

3231 South Country Club Way • Tempe, AZ 85282 • (480)831-6333

Gracias por visitar nuestra oficina. Queremos que su cita sea agradable y confortable. Porfavor ayudenos a completar esta forma.

## Información del Paciente

APPELLIDO \_\_\_\_\_ NOMBRE \_\_\_\_\_ SEGUNDO NOMBRE \_\_\_\_\_ APODO \_\_\_\_\_

DIRRECCION \_\_\_\_\_ CIUDAD \_\_\_\_\_

ESTADO \_\_\_\_\_ CODIGO POSTAL \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_ Sexo:  M  F Seguro Social #: \_\_\_\_\_

Si aplica, Nombre de Esposo/a \_\_\_\_\_ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

Casa (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Trabajo (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Celular (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

NOMBRE DE CONTACTO DE EMERGENCIA: \_\_\_\_\_ Teléfono(\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Cómo le gustaría recibir recordatorios de cita?(circule): Por teléfono Correo electrónico Texto

Empleador: \_\_\_\_\_ Le podemos contactar en su trabajo?  Yes  No

Cómo supo de nuestra oficina?  
\_\_\_\_\_

## ASEGURANZA DENTAL

### *Proveedor Dental principal*

Nombre de suscriptor: \_\_\_\_\_ Seguro Social#: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Co. de Aseguranza: \_\_\_\_\_ teléfono de aseguranza #: \_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_ Grupo #: \_\_\_\_\_ Parentesco con el paciente: \_\_\_\_\_

### *Proveedor Dental Secundario*

Nombre de suscriptor: \_\_\_\_\_ Seguro Social #: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Co. de Aseguranza: \_\_\_\_\_ teléfono de aseguranza # \_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_ Grupo #: \_\_\_\_\_ Parentesco con el paciente: \_\_\_\_\_

Declaración de Autorización de Aseguranza (firma y fecha)Yo autorizo pago directo a la Oficina Dental del grupo de beneficios de aseguranza de cuentas pagadas a mí. Entiendo que soy responsable de todo costo y tratamiento dental. Y autorizo que la oficina dental administre tal medicinas, y desempeñe tal diagnóstico y procedimientos terapéuticos necesarios para mi bienestar dental. La información en esta página y historial médico está correcta a lo mejor de mi conocimiento.

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

Si paciente es menor de 18

Responsable: \_\_\_\_\_ Parentesco al paciente: \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_



# VALE FAMILY DENTAL

3231 South Country Club Way • Tempe, AZ 85282 • (480)831-6333

## HISTORIAL MÉDICO

Indique "Si" o "No" si alguna vez a tenido alguno de lo siguiente

### CONDITIONS

Sangrado anormal  Si  No

Alergias  Si  No

Anemia  Si  No

Angina de Pecho  Si  No

Arthritis  Si  No

Válvulas Corazon Artificiales  Si  No

Asma  Si  No

Transfusiones de Sangre  Si  No

Cancer  Si  No

Quimioterapia  Si  No

Colitis  Si  No

Defecto Cardíaco Congénito  Si  No

Diabetes  Si  No

Problemas al respirar  Si  No

Drogadicción/Alcoholismo  Si  No

Enfisema  Si  No

Epilepsia  Si  No

Cirugía Facial  Si  No

Desmayos  Si  No

Ampollas de Calentura  Si  No

frecuentes  Si  No

Glaucoma  Si  No

Soplo en el Corazón  Si  No

Si  No Hepatitis B

Hemofilia  Si  No

Enfermedad del hígado  Si  No

Presión Sanguínea Baja  Si  No

Enfermedad de Lupus  Si  No

Prolapso de válvula Mitral  Si  No

Marcapasos  Si  No

Problemas Psiquiátricos  Si  No

Terapia de Radiación  Si  No

Problemas Respiratorios  Si  No

Fiebre Reumática  Si  No

Convulsiones  Si  No

Virus de la Culebrilla  Si  No

Enfermedad de Célula Falciforme  Si  No

Sinusitis  Si  No

Síndrome de Sjogren  Si  No

Embolia Cerebral  Si  No

Tiroides  Si  No

Tuberculosis  Si  No

Úlceras  Si  No

Enfermedad Venérea  Si  No

Problemas de Riñon  Si  No

Presión Sanguínea Alta  Si  No

Reemplazo de la articulación  Si  No

Hepatitis A  Si  No

Si  No Latex  Si  No

Hepatitis C  Si  No

Usted Fuma?  Si  No

### MUJER

Está usando un método de

Anticonceptivo?  Si  No

Está Embarazada?  Si  No

Cuántas semanas? \_\_\_\_\_

Está amamantando?  Si  No

### MEDICACIONES:(lista)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Alergias

Penicilina  Si  No

Aspirina  Si  No

Codeína  Si  No

Sulfa  Si  No Dolor de cabeza

Tetracilina  Si  No

Anestésicos Dentales  Si  No

Eritromicina  Si  No Cirugía de Corazon

Metales  Si  No

Otras: \_\_\_\_\_

Firma de Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Si es menor de 18/Persona Responsable: \_\_\_\_\_

Reviso del Doctor: \_\_\_\_\_



# VALE FAMILY DENTAL

3231 South Country Club Way • Tempe, AZ 85282 • (480)831-6333

## Evaluación Dental

Nombre Del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Hay algo en su sonrisa que no le gusta? \_\_\_\_\_

Le hace falta algún diente? \_\_\_\_\_

Es su mordida confortable para masticar y para morder? \_\_\_\_\_

Tiene algún relleno o trabajo dental que no está satisfecho? \_\_\_\_\_

Esta Interesado/a en mejorar su sonrisa con dientes mas blancos, mas alineados  Si  No

Si tiene nervios, le gustaría hacer su tratamiento dental uso de Óxido nitroso  Si  No

Hay algo en su boca que le preocupe?  Si  No

Si respondio que Si, porfavor  
explique: \_\_\_\_\_

Cuando fue su última cita dental? Que tratamiento le hicieron? \_\_\_\_\_

Le tomaron radiografías?  Si  No

Ha tenido tratamiento de ortodoncia?  Si  No

Utiliza hilo dental?  Si  No

Le han sacado sus muelas del juicio?  Si  No

Le sangran las encías?  Si  No

Algunos de sus dientes están flojos?  Si  No

Tiene usted ampollas o llagas en la boca?  Si  No

Alguna vez le han dicho que tiene enfermedad de las encías?  Si  No

Alguna vez a visto a un periodoncista (especialista de las encías)?  Si  No

Usted Fuma?  Si  No

Siente usted que tiene mal aliento?  Si  No

Está usted interesado/a en el uso de sedantes durante el tratamiento dental?  Si  No

Cómo describe su salud dental en una escala del 1-10 donde 10 es el mejor? \_\_\_\_\_

Hay algo más que debemos saber? Ha tenido una experiencia dental mala?

Hay algo que podemos hacer para hacer su visita dental más agradable? \_\_\_\_\_



# VALE FAMILY DENTAL

3231 South Country Club Way • Tempe, AZ 85282 • (480)831-6333

## PÓLIZA DE LA OFICINA

### SI FALTA SU CITA Y CANCELACION

Para poder continuar a darle excelente calidad de servicios dental, y a un precio accesible, es importante que nuestros pacientes comprendan que sus citas están reservadas con anticipación. Y por eso, favor de hacer todo esfuerzo para mantener sus citas. Usted nos debe de notificar dentro de 48 horas si necesita reprogramar o cancelar su cita. Un depósito de \$250.00 es requerido para reservar una cita cirugíca. Esta cuota será aplicada al tratamiento dental programado.

### PACIENTES CON ASEGURANZA

Es su responsabilidad de proveer a nuestra oficina con su plan dental. Y de informarnos de cualquier cambio. Nosotros continuaremos de ayudarle a comprender su Póliza, pero por favor tome en cuenta que hay miles de diferentes pólizas y no tenemos conocimiento de todas las limitaciones de todos los planes disponibles. Si por alguna razón su compañía de aseguranza no paga por el procedimiento, será su responsabilidad de pagar el balance completo al recibir su recibo de cuenta.

### ES MI RESPONSABILIDAD DE PAGAR EL BALANCE SI ALGUNO DE LO SIGUIENTE OCURRE:

- Mi tratamiento sobrepasa mi máximo anual.
- Cualquier tratamiento negado por mi aseguranza.
- No tengo elegibilidad en mi aseguranza
- Yo prevengo o retraso al no cumplir con las peticiones de formas o firmas de la aseguranza.
- No completo mi tratamiento y resulta en falta de pago de parte de la compañía de aseguranza.
- Costos de laboratorio o equipo incurridos por haber faltado a su cita.
- He recibido un cheque de pago de la seguridad y no lo envié a la oficina.

Al firmar esto, tengo conocimiento y ha leído la póliza de la oficina.

---

Firma

---

Date