

¿Ha tenido alguna cirugía reciente?

Si No Si es así, por favor explique: _____

¿Se siente cansado al despertarse o durante el día?

Si No

¿Usted presenta dolores de cabeza por la mañana?

Si No

¿Tiene o ha tenido usted alguna de las siguientes condiciones médicas? Por favor marque las casillas que correspondan:

- | | | | |
|--|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Angina | <input type="checkbox"/> Arteriosclerosis | <input type="checkbox"/> Artritis |
| <input type="checkbox"/> Reemplazo articular | <input type="checkbox"/> Transf. de sangre | <input type="checkbox"/> Enf. autoinmune | <input type="checkbox"/> Enf. de la sangre |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Desorden mental | <input type="checkbox"/> Bronquitis | <input type="checkbox"/> Enf. del Hígado |
| <input type="checkbox"/> Presión arterial baja | <input type="checkbox"/> Mareos | <input type="checkbox"/> Migraña | <input type="checkbox"/> Tuberculosis |
| <input type="checkbox"/> Tumores | <input type="checkbox"/> Cáncer | <input type="checkbox"/> Dolor crónico | <input type="checkbox"/> Diabetes |
| <input type="checkbox"/> Glaucoma | <input type="checkbox"/> Epilepsia | <input type="checkbox"/> Infarto al miocardio | <input type="checkbox"/> Enf. cardiovascular |
| <input type="checkbox"/> Soplo cardíaco | <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> Presión arterial alta | <input type="checkbox"/> VIH-SIDA |
| <input type="checkbox"/> Problemas respiratorios | <input type="checkbox"/> úlceras | <input type="checkbox"/> Enf. venéreas | <input type="checkbox"/> Trastornos nerviosos |
| <input type="checkbox"/> Alteraciones neurológicas | <input type="checkbox"/> Osteoporosis | <input type="checkbox"/> Marcapasos | <input type="checkbox"/> Embarazo |
| <input type="checkbox"/> Tratamiento de radiación | <input type="checkbox"/> Enf. del riñón | <input type="checkbox"/> Fiebre reumática | <input type="checkbox"/> Reumatismo |
| <input type="checkbox"/> Sinusitis | <input type="checkbox"/> Desorden del sueño | <input type="checkbox"/> Prolapso de la válvula mitral | |
| <input type="checkbox"/> Enf. gastrointestinal | <input type="checkbox"/> Derrame cerebral | <input type="checkbox"/> Enf. de la tiroides | <input type="checkbox"/> Uso de tabaco/alcohol |

Indique cuál de las siguientes alergias tiene o ha tenido. Por favor marque las que apliquen:

- | | | | |
|--------------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Amoxicilina | <input type="checkbox"/> Aspirina | <input type="checkbox"/> Codeína | <input type="checkbox"/> Latex |
| <input type="checkbox"/> Penicilina | <input type="checkbox"/> Sedantes | <input type="checkbox"/> Iodo | <input type="checkbox"/> Sulfamidas |
| <input type="checkbox"/> Otros | _____ | | |

Hábitos

Succión del pulgar De lengua Succión del labio Respirador bucal Otros: _____

Usted fuma?

Si No Si es así: Ocasionalmente Moderado Abundante

¿Tiene alguna enfermedad, condición o problema que no figure en la lista anterior?

Si No Si es así, por favor indique: _____

Indique los medicamentos que está tomando actualmente. Por favor marque los que apliquen:

- | | | | |
|--|--------------------------------------|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Anticoagulantes | <input type="checkbox"/> Analgésicos | <input type="checkbox"/> Antibióticos | <input type="checkbox"/> Quimioterapia |
| <input type="checkbox"/> Otros | _____ | | |

Mencione todos los medicamentos que está tomando actualmente (recetados y no recetados): _____

INFORMACIÓN DENTAL:

¿El motivo principal de su visita es dolor o una emergencia?

Sí No Si es así, por favor indique: _____

¿Ha notado sangrado en las encías?

Sí No Si es así, por favor indique: _____

¿Ha notado o ha sentido mal aliento?

Sí No Si es así, por favor indique: _____

¿Está satisfecho con su habilidad de morder o masticar?

Sí No

¿Está satisfecho con la apariencia de sus dientes?

Sí No Si no es así, por favor indique: _____

¿Desea conservar sus dientes?

Sí No

¿Cuándo fue su última limpieza dental? _____

¿Con que frecuencia se cepilla los dientes?

Una vez al día Dos veces al día Tres veces al día

¿Con que frecuencia usa el hilo dental?

Una vez al día Dos veces al día Tres veces al día

Marque todo lo que corresponda:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Tuvo complicaciones en tratamiento dental en el pasado | <input type="checkbox"/> Tuvo alguna reacción a la anestesia local |
| <input type="checkbox"/> Tuvo problemas con la anestesia | <input type="checkbox"/> Tuvo tratamiento de ortodoncia |
| <input type="checkbox"/> La comida se le queda atrapada entre los dientes | <input type="checkbox"/> Tiene los dientes sensibles |
| <input type="checkbox"/> Aprieta o rechina los dientes | <input type="checkbox"/> Tiene dificultad para masticar |

CONSENTIMIENTO INFORMADO Y POLÍTICA FINANCIERA:

Reconozco que he leído este formulario y he respondido correctamente. No hay ninguna otra condición médica, medicamentos o alergias que no se hayan declarado. Soy consciente de que debo notificarle a la oficina dental de cualquier cambio en mi salud.

Como condición para los servicios prestados por Sunshine Dental Center, los acuerdos financieros deben hacerse con anticipación. Sunshine Dental Center depende del reembolso de los pacientes por los costos incurridos en su cuidado. La responsabilidad financiera por parte de cada paciente debe ser determinada antes del tratamiento.

Todos los servicios dentales de emergencia, o cualquiera de los servicios dentales realizados sin acuerdos financieros anteriores, deben ser pagados en efectivo en el momento en que los servicios se llevan a cabo, a menos que se haya acordado algo diferente.

Los pacientes con seguro dental entienden que todos los servicios dentales son a cargo del paciente y que él /ella es personalmente responsable por el pago de todos los servicios recibidos. Sunshine Dental Center ayudará a preparar los formularios de seguros para la colección de los pagos de las compañías de seguros y abonará dichos pagos a la cuenta del paciente. Sin embargo, esta oficina dental no puede prestar servicios bajo el supuesto de que los cargos serán pagados por la compañía de seguros.

Un interés de 1,5% mensual (18% anual) será cargado sobre el saldo pendiente en todas las cuentas que excedan los 60 días de mora, a menos que los arreglos financieros previamente acordados estén satisfechos.

Entiendo que cualquier estimado acerca del costo del tratamiento dental será solamente válido por seis meses desde la fecha del examen del paciente, y que en caso de requerir un reembolso, este tomará entre 2 y 3 días hábiles.

En contraprestación por los servicios profesionales prestados, estoy de acuerdo en pagar los cargos por los servicios en el momento del tratamiento. Así mismo, entiendo que las tarifas de los servicios serán los facturados a menos de que algún reclamo tenga lugar, dentro del plazo dado para el pago. Además, acepto que una eliminación de cualquier incumplimiento de algún término o condición en este documento no constituirá la eliminación de cualquier otro término o condición en el futuro y, acepto pagar todos los costos legales y honorarios en caso de que se constituya una demanda.

Autorizo a Sunshine Dental Center, para contactarme por teléfono en caso de que sea necesario discutir mi tratamiento o alguna de sus políticas.

Relación con el Paciente: _____ Fecha: _____

Firma del paciente o tutor legal

SUNSHINE DENTAL CENTER

1711 Hammondville Rd, Pompano Beach, FL 33069 / 2331 N State Rd 7, Ste 109-110, Lauderhill, FL 33313
Tel: 954-972-6066 / 954-486-6989 / E-Mail: contact@sunshinedentalcenter.us

RECONOCIMIENTO DE RECIBO DEL AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Al firmar este documento, usted confirma que recibió y comprendió nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad. El Aviso de Prácticas de Privacidad explica cómo **Sunshine Dental Center** puede usar y revelar su información médica.

Nos reservamos el derecho a modificar los términos y condiciones de nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad. Si ocurre algún cambio, a petición, le proveeremos una copia actualizada del documento.

Nombre

Firma

Si usted es el representante legal del paciente, por favor escriba el nombre del paciente y su relación con el mismo.

Muchas gracias, si tiene alguna pregunta acerca de este formulario o del aviso adjunto, por favor contáctenos llamando al teléfono 954-972-6066 o presentándose en Sunshine Dental Center.

SOLO PARA EL USO DE SUNSHINE DENTAL CENTERS

I attempted to obtain the patient's (or representative's) signature on this Acknowledgment but did not because:

- It was emergency treatment
- I could not communicate with the patient
- The patient refused to sign
- The patient was unable to sign

Please describe:

Signature of Staff Member