



VALERIA SOLTANIK, DMD P.A.

2999 NE 191st street Suite 350 • Aventura, FL 33180 • 305-466-2334

(POR FAVOR COMPLETE AMBOS LADOS)

Paciente No.

Nombre del paciente _____
Apellido _____ Primer Nombre _____ Segundo Nombre _____

Dirección _____
Calle _____ Dpto. _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Licencia de Conducir No. _____ Fecha de Nacimiento _____
Mes / Dia / Año

Teléfono de Casa _____ Teléfono del Trabajo _____ Celular _____

E-Mail _____ Sexo (M/F) _____ Estado Civil _____

Seguro Social No _____ Empleador _____ Ocupación _____

Persona responsable por el paciente _____ Teléfono _____

SEGURO: Si / No Compañía de Seguro _____ Nombre del asegurado: _____

Seguro Social del Asegurado _____ Fecha de Nacimiento _____
Mes / Dia / Año Relación con paciente _____

Como fue referido a nuestra oficina? _____

HISTORIA MEDICA

- | SI | NO | | SI | NO | |
|--------------------------|--------------------------|--|--------------------------|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Goza usted de buena salud? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Tiene problemas respiratorios, enfisema o bronquitis? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Usted ha tenido alguna enfermedad u operación seria? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Tiene problema con los riñones? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Tiene las válvulas del corazón artificiales o danadas? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Tiene tuberculosis? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Sufre de alguna enfermedad del corazón? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Tiene alguna enfermedad transmitida sexualmente? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Sufre de presión alta? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Tiene problemas mentales o nerviosos? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Tiene sangramiento anormal? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Tiene cáncer? Explique _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Sufre de Trombosis? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Tiene tratamientos de radiación por cáncer? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Tiene alergia a alguna droga o medicina? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ha tenido problemas con algun tratamiento dental? |
| | | Explique _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Es alérgico a la penicilina o codeina? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Tiene problemas de sinusitis? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Está embarazada o dando de lactar? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Sufre de asma? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Está tomando pastillas anticonceptivas? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Sufre de desmayos o convulsiones? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Tiene algún otro problema de salud? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Sufre de diabetes? | | | Explique _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ha tenido hepatitis o enfermedades del hígado? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Nombre las drogas o medicinas que este tomando |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Tiene SIDA o HIV? | | | _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Tiene problemas con la tiroides? | | | _____ |

Nombre y telefono de su farmacia _____

EN CASO DE EMERGENCIA

POR FAVOR NOTIFICAR A _____
Nombre _____ Teléfono _____ Relación _____

REPRESENTACIONES

- DOY FE QUE LA INFORMACION QUE HE DADO (INCLUYENDO MI HISTORIAL MEDICO) ES CORRECTA HASTA DONDE MIS CONOCIMIENTOS LO PERMITEN, QUE SERA CONFIDENCIAL Y QUE ES MI RESPONSABILIDAD INFORMAR A ESTA OFICINA CUALQUIER CAMBIO EN MI CONDICION MEDICA.
- AUTORIZO A ESTA OFICINA VERIFICAR MI ESTADO DE CREDITO AL IGUAL QUE EL DE MI CONYUGUE ANTES DE CUALQUIER CONVERSACION SOBRE PLANES DE PAGO POR EL TRATAMIENTO A DISCRECION DE ESTA OFICINA Y EL USO DE UNO O MAS REPORTES DE CREDITO.
- SI ESTA OFICINA ACEPTA MI SEGURO DENTAL, AUTORIZO QUE LOS PAGOS SE HAGAN DIRECTAMENTE A ESTA OFICINA O SI LOS PAGOS ME SON ENVIADOS, ENVIARE DICHOS PAGOS A ESTA OFICINA, ENTIENDO QUE YO SOY RESPONSIBLE DE LOS PAGOS POR LOS SERVICIOS OTORGADOS Y POR LOS CO-PAGOS Y DEDUCIBLES QUE EL SEGURO NO CUBRA.
- SI SE TUVIERA QUE ACUDIR A RECURSOS LEGALES PARA EL COBRO DE LOS SERVICIOS RECIBIDOS, YO ACEPTO LA RESPONSABILIDAD DE LOS HONORARIOS DEL LOS ABOGADOS Y TODOS OS GASTOS QUE ESTO OCASIONE, ENTIENDO TAMBIEN QUE HABRA UN CARGO DE 1.5% POR MES SOBRE EL BALANCE (o el máximo autorizado por la ley).
- YO CONSIENTO Y AUTORIZO LOS TRATAMIENTOS RECOMENDADOS POR EL PERSONAL DE LA OFICINA DENTAL.

FIRMA DEL PACIENTE (FIRMA DEL PADRE O MADRE SI ES MENOR) _____

FECHA _____



The Art of Dentistry

Valeria Soltanik, DMD P.A.

2999 NE 191st street Suite 350
Aventura, Fl 33180
305-466-2334

Su historia medica incluye alguna de estas condiciones?

| SI | NO | |
|--------------------------|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Goza usted de buena salud? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Su salud ha cambiado en el último Año? Explique _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | El nombre y el teléfono de mi doctor es _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Usted ha tenido alguna enfermedad u operación seria? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Tiene las válvulas del corazón artificiales o danadas o fiebre reumática? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Sufre de alguna enfermedad del corazón? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Sufre de presión alta o baja? Explique _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Tiene sangramiento anormal? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Sufre de Trombosis? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Tiene problemas circulatorios? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Tiene alergia a alguna droga o medicina? Explique _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Tiene Dolores de pecho? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Tiene problemas de sinusitis? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Sufre de asma? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Sufre de desmayos o convulsiones? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Sufre de diabetes? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ha tenido hepatitis o enfermedades del hígado? Explique _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Tiene SIDA o HIV? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Tiene problemas con la tiroides? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Tiene problemas respiratorios, enfisema o bronquitis? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Tiene problema con los riñones? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Tiene tuberculosis? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Tiene alguna enfermedad transmitida sexualmente? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Tiene problemas neurológicos, epilepsia? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Tiene problemas mentales o nerviosos? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Tiene cáncer? Explique _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Tiene tratamientos de radiación por cáncer? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ha tenido problemas con con algun tratamiento dental? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Es alérgico a la penicilina, critomicina o codeine? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Está embarazada o dando de lactar? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Está tomando pastillas anticonceptivas? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Tiene algún otro problema de salud? Explique _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Nombre las drogas o medicinas que este tomando _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Nombre y teléfono de su farmacia _____ |

EN CASO DE EMERGENCIA

POR FAVOR NOTIFICAR A _____
Nombre Teléfono

LE LLAMAREMOS PARA CONFIRMAR SU CITA ENTRE LAS 9:00 A.M. Y LAS 3:00 P.M. EL DIA ANTES DE SU CITA. A QUE NUMERO DE TELEFONO LE PODEMOS LLAMAR ENTRE ESAS HORAS? _____
SI NO LO PODEMOS LOCALIZAR POR TELEFONO EN ESTAS HORAS, COMO PODEMOS LOCALIZARLE PARA CONFIRMAR SU CITA? _____

DOCTOR'S NOTES