



## HISTORIA DENTAL

Cuando fue su ultima visita al dentista? \_\_\_\_\_  
Que tratamiento recibio? \_\_\_\_\_  
Porque usted solicita tratamiento dental? \_\_\_\_\_  
Tiene dolor in sus dientes? \_\_\_\_\_ Sensible a calientes, frios, dulces? \_\_\_\_\_ Sus encias sangran? \_\_\_\_\_  
Ha tenido complicaciones durante extracciones en el pasado? \_\_\_\_\_ E \_\_\_\_\_  
Le gusta la apariencia de sus dientes? \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_ No

## HISTORIA MEDICO

Como esta su salud en general? \_\_\_ excelente \_\_\_ bueno \_\_\_ malo  
Quien es su doctor general? Dr. \_\_\_\_\_  
Direccion \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_  
Ha tenido alguna enfermedad grave? \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_ No  
Ha estado usted hospitalizado (a) ? \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_ No  
Ha tomado alguna droga o medicina durante este ano? \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_ No  
Es usted alergico(a) a la penicilina, otra droga o medicina? \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_ No  
Fuma o ha fumado? \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_ No

### TIENE USTED O HA TENIDO ALGUNAS DE LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES:

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> problemas cardiacos            | <input type="checkbox"/> alergias                 | <input type="checkbox"/> doencias do figado |
| <input type="checkbox"/> marcapasso cardiaco            | <input type="checkbox"/> tratamiento psiquiatrico | <input type="checkbox"/> tiroide            |
| <input type="checkbox"/> valvula artificial del corazon | <input type="checkbox"/> desmaios                 | <input type="checkbox"/> doencias de pele   |
| <input type="checkbox"/> lesiones cardiacas congenitas  | <input type="checkbox"/> diabetes                 | <input type="checkbox"/> doencias venereas  |
| <input type="checkbox"/> soplo del corazon              | <input type="checkbox"/> artritis                 | <input type="checkbox"/> herpes             |
| <input type="checkbox"/> fiebre reumatica               | <input type="checkbox"/> tratamiento de cancer    | <input type="checkbox"/> SIDA               |
| <input type="checkbox"/> presion arterial alta          | <input type="checkbox"/> tumores                  | <input type="checkbox"/> hepatitis          |
| <input type="checkbox"/> presion arterial baja          | <input type="checkbox"/> problemas del rinon      | <input type="checkbox"/> glaucoma           |
| <input type="checkbox"/> colesterol                     | <input type="checkbox"/> reemplazo de la juntura  | <input type="checkbox"/> tuberculosis       |
| <input type="checkbox"/> asma                           | <input type="checkbox"/> sinusitis                | <input type="checkbox"/> depresion          |
| <input type="checkbox"/> ulcera(estomago/intestino)     | <input type="checkbox"/> epilepsia                | <input type="checkbox"/> embarazada         |
| <input type="checkbox"/> derrame cerebral               | <input type="checkbox"/> enfermedad pulmonar      | <input type="checkbox"/> otros              |

Si usted tiene alguna de las enfermedades acima explique \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Autorizo al personal de Unique Dental Care para que suministre el tratamiento dental que sea necesario.

Firma del paciente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_  
Firma del paciente o padre si es menor de edad \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_  
Revisado por \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

---

## Ashland Elite Dental

---

John W. Zarrella, DMD

### **POLIZA DE OFICINA**

#### **CONTRACTO FINANCEIRO**

Los pagareses por servicios deben ser pagados en cada cita. Como servicio para usted, nosotros no encargamos de cobrarle a su seguro dental por cada visita. El seguro dental solo se encarga de pagar una parte y usted es responsable por su porcion, y por cualquier cantidad que el seguro no cubra.

Yo entiendo que yo sere responsable por los pagos a esta oficina, por el servicios dental es provenientes para mi o mis ninos.

#### Asignamento de Beneficios de Seguro

Yo doy permiso a Ashland Elite Dental y a sus doctores para obtener pagos directos de mi seguro dental, por los tratamientos recibidos por mi o mis nijos.

#### **CANCELACION Y AUSENCIA**

Nosotros entendemos las circunstancias que a veces pasan y nos olvidamos de las citas. Nosotros le cobraremos \$ 35,00 dolares por faltar a 03 citas, si usted no lo notifica o si no se comunica a tiempo.

El seguro medico no es responsables por los cobro de las citas a la cual usted falte, o pierdes. Yo entiendo que cada cita es tiempo para tratamientos y servicios dentales que es tomado para servir a mis nijos y a mi. Yo me encargare de llamar o notificar a la oficina en 24 horas. Si deseo o tengo que cancelar alguna cita. Yo entiendo que tender que pagar, antes de asistir a la cita recambiada.

Yo entiendo el reglamento de esta oficina sobre las cancelaciones y perdidas de citas.

#### **LOS ORIGINALES**

Rayos X, son propiedad de Ashland Elite Dental. Si usted desea que sus rayos X sean duplicados usted debera pagar \$ 25,00. Si usted quiere duplicados, es necesario que usted notifique en 72 horas antes de ir a recogerlos o enviarlos por correo.

Yo he comprendido las instrucciones y polizas de Ashland Elite Dental

Pacientes / Padres \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

# ASHLAND ELITE DENTAL

---

## ACKNOWLEDGEMENT OF RECEIPT OF NOTICE OF PRIVACY PRACTICES

**\*\*You May Refuse to Sign This Acknowledgement\*\***

I, \_\_\_\_\_, have received a copy of this office's  
Notice of  
Privacy Practices.

\_\_\_\_\_  
{Please Print Name}

\_\_\_\_\_  
{Signature}

\_\_\_\_\_  
{Date}

\_\_\_\_\_  
{Person Authorized to Release Information to (ex. Spouse, Parent, Guardian, or Sibling)}

---

### For Office Use Only

---

We attempted to obtain written acknowledgement of receipt of our Notice of Privacy Practices, but acknowledgement could not be obtained because:

- Individual refused to sign
- Communications barriers prohibited obtaining the acknowledgement
- An emergency situation prevented us from obtaining acknowledgement
- Other (Please Specify)

---

---

---

© 2002 American Dental Association  
All Rights Reserved

Reproduction and use of this form by dentists and their staff is permitted. Any other use, duplication or distribution of this form by any other party requires the prior written approval of the American Dental Association.  
This Form is educational only, does not constitute legal advice, and covers only federal, not state, law (August 14, 2002).