

Patient Information/Informaciones del Paciente

Formularios traducidos rapidamente por Brian (hijo del doctor) Hola, seria mi placer ayudar con sus consultas como interprete por telefono si posible. No hablo como nativo pero para un gringo mi espanol es excelente y puede ser util si Ud. tiene una duda o simplemente para hacer que su consulta sea mas comoda. La comunicacion con el doctor es muy importante para su salud y para prestar un servicio de alta calidad. Le pido de disculpar la falta de accents en este formulario. Siempre es una pesadilla de tratar de hacerlos en Word.

Patient Birthdate Fecha de nacimiento __ / __ / __

Today's Date Fecha de hoy __ / __ / __

Title/Su titulo: Dr./Doctor Miss/Senorita Mr./Senor

Mrs./Senora Ms./No hay equivalente en Espanol. Se trata de una mujer adulta pero no casada.

First/Prenombre _____ Middle/Otros

prenombres _____ Last/Apellido _____

Address/Dirreccion _____

City/Ciudad _____ State/Estado _____ Zip/Numero
o codigo postal de la ciudad _____

Telephone/telefono: Home/de la casa _____ Work/del trabajo
_____ Ext./numero de extension _____

Cell/movil or telefono celular _____ Do you have text messaging?/

Utiliza usted los SMS? Yes No

Email/su correos: _____

How did you find us?/Como nos encontro Ud.?

Gender/Sexo: Female/Femenino Male/Masculino

Status/Matrimonio: Single/Soltero(a) Married/casado(a) Child/con
Hijos

Social Security Number Numero de Seguridad Social ____ - ____ - ____ (Parent's SS# if Minor Child/Si se trata de su hijo emplea el numero de uno de sus padres)

Occupation/Trabajo _____ Employer/Nombre de la comania para que trabaja ud. _____

Emergency Contact/Contacto de Urgencia:

Name/Nombre _____ Relationship/Relacion con Ud. _____

Telephone Number/Numero de telefono _____

Address/Direccion _____

City/Ciudad _____ State/Estado _____ Zip/Codigo postal _____

Financial Responsibility Information for Dr. W. Scott Hendricks, D.D.S.:

I understand that I am responsible for all fees incurred regardless of insurance coverage.

Informaciones de responsabilidad fiscal: Yo entiendo que soy responsable para pagar todos los servicios y cuentas sin tener en cuenta lo que paga mi seguro.

X _____

Signed (Patient or Parents of Minor Child)/Firma (del paciente o de los parientes)

Health History

Historia Medical Personal

Please check if you have or have you ever had the following:

Por favor pone una palomita si Ud. tuvo en el pasado uno de los siguientes

- ___ High Blood Pressure/Hipertension o presion alta
- ___ Cardiac Pacemaker/Marcapasos
- ___ Heart Problem/Problemas de Corazon
- ___ Mitral Valve Prolapse/Prolapso de la valvula mitral
- ___ Infective Endocarditis/Endocarditis infecciosa
- ___ Leaky Heart Valve/Valvula permeable
- ___ Artificial Heart Valve/Valvula artificial
- ___ Asthma/Asma
- ___ Epilepsy/Epilepsia
- ___ Diabetes/Diabetes
- ___ Systemic Lupus/Lupus
- ___ Radiation Therapy/Radioterapia
- ___ Bleeding Problems/Problemas de perdida de sangre
- ___ HIV or AIDS/SIDA
- ___ Attention Deficit Disorders/Sindrome de deficit de atencion
- ___ Hemophilia/Blood Disorders/hemofilia/problemas de sangre
- ___ Prolonged Healing/Curacion larga
- ___ Fibromyalgia/Fibromialgia
- ___ Hepatitis/Hepatitis
- ___ Stroke/Apoplejia o derrame cerebral
- ___ Immunosuppression/Imunosupresion
- ___ Thyroid Problem/Problema con las Trioides

___ Do you Smoke?/Fuma Ud.

___ Glaucoma/glaucoma

___ Do you have Ear Pain?/Le duelen las orejas?

___ Rheumatoid Arthritis/Artritis Reumatoidea

___ Bloody Sputum/Espujo sangriento

___ Night Sweats/Sudor la noche

___ Weight Loss/Perdida de peso

___ Anorexia/Anorexia

___ Fever/Fiebre

___ Women, are you pregnant?/Para mujeres, esta embarazada?

___ A Prolonged Cough Lasting 3 Weeks or Longer/Toz de 3 semanas o mas

___ Artificial Joints/articulaciones artificiales: If yes, when?/cuando

___ Infected Artificial Joint/infeccion de articulacion atificial

If None of the Above, Please Initial Here/Si no tiene Ud. Ninguno los problemas mencionadas escribe aqui sus iniciales _____

Has your doctor told you that you need a premedication prior to dental work?/Ha dicho su doctor principal/familiar que Ud. necessita tomar una medicacion antes de venir al dentista? Si/no _____

(Health History Continued/Continuacion de la Historia Medical Personal)

Please List All Current Medications Por favor escribe todas las medicaciones que toma Ud. actualmente _____

Please List All Food Allergies Por favor escribe todas las alergias a la comida _____

Please List All Allergies to Metals Por favor escribe todas las alergias a metales _____

Please List All Medication Allergies por favor escribe todas las alergias a medicamentos _____

Are You Allergic to Latex? Tiene Ud. Alergia de Latex? _____

Physician's Name /Nombre del doctor principal _____

Telephone/Telefono _____

Family Health History

Historia Medical Familiar

Please indicate which family members (blood relatives only) have the following medical conditions (Mother, Father, Siblings, Children):

Por favor indica cuales miembros de su familia (familia de sangre solamente, madre, padre, hermanos, e hijos) tienen los problemas siguientes:

High Blood Pressure/Hipertension/presion alta

Heart Disease/Cardiopatía

Stroke/Apoplejias/Derrame cerebral

Diabetes/Diabetes

Rheumatoid Arthritis/Artritis Reumatoidea

Alzheimer's Disease/Alzheimer

Insurance Information/Informaciones sobre su seguro

Today's Date/Fecha de hoy ___/___/___ Insurance Subscriber

Birthdate/Fecha de nacimiento del (de la) abonado(a)___/___/___

Insurance Subscriber Name/Nombre del (de la) abonado (a):

First/Prenombre _____ Middle/Otros

Prenombres _____ Last/Apellido _____

Subscriber Relationship to Patient/Relacion del (de la) abonado(a):

___ Self /Ud. Mismo(a) ___ Husband/Marido ___ Wife/Mujer

___ Mother/Madre ___ Father/Padre

Subscriber Social Security Number/Numero de seguridad social del (de la) abonado(a) ___ - ___ - ____

Insurance Company Name/Nombre de la Compania de seguros

Group Plan Name/Nombre del grupo o del plan

Subscriber ID/Numero del abono

Insurance Company Address/Direccion de la compania de seguros

City/Ciudad _____ State/Estado _____ Zip/Codigo
postal _____

Insurance Company Telephone Number/Telefono de la compania de seguros

AUTHORIZATION TO PAY BENEFITS:

Autorizacion para pagar beneficios:

I HEREBY AUTHORIZE PAYMENT DIRECTLY TO THE DENTAL OFFICE OF DR. W. SCOTT HENDRICKS, D.D.S. FOR SERVICES RENDERED. I UNDERSTAND I AM RESPONSIBLE FOR ALL FEES REGARDLESS OF INSURANCE COVERAGE.

Yo doy el permiso oficial para pagar directamente a la oficina del doctor W. Scott Hendricks D.D.S. para los servicios hechos. Entiendo que soy responsable para pagar todos las cuentas sin tener en cuenta lo que paga mi seguro.

X _____

Signed (Patient or Parents of Minor Child)/Firma (del paciente o de los padres del hijo)

Your signature will be maintained as 'signature on file' so that you do not have to sign insurance forms after each visit.

Su firma se guarda aqui como firma archivado para que no tenga que firmar cada vez que viene aqui.

***Welcome to Our
Practice! Bienvenido(a)(s) a nuestra consulta!***

Printed on 100% Post-Consumer Recycled Paper Imprimido con 100 por ciento de papel reciclado