

BIENVENIDO A NUESTRA OFICINA
DR FRANK CAROTENUTO CIRUJANO ORAL

INFORMACION DEL PACIENTE.

DIA: _____

NOMBRE: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ EDAD: _____ S.S#: _____

ESTADO CIVIL: _____

DIRECCION DE SU CASA: _____

TELEFONO DE LA CASA: _____

TELEFONO DEL TRABAJO: _____

TELEFONO CELULAR: _____

DIRECCION DE CORREO ELECTRONICO: _____

MEJOR HORARIO PARA LLAMARLO: _____

QUIEN ES SU DENTISTA GENERAL: _____

MEDICO PRINCIPAL: _____

QUIEN LO REFIERE?: _____

SU VISITA ES HOY POR QUE
RAZON?: _____

EMPLEO: _____

DIRECCION DE SU EMPLEO: _____

OCUPACION: _____

FIADOR

PERSONA RESPONSIBLE POR LOS PAGOS: _____

DIRECCION DE SU CASA: _____

TELEFONO DE CASA: _____

TELEFONO DE SU TRABAJO: _____

TELEFONO CELULAR: _____

RELACION CON USTED: _____

S.S.#: _____

EMPLEO: _____

SEGURO DENTAL

NOMBRE DE LA COMPANIA ASEGURADORA: _____

TELEFONO DE CONTACTO DEL SEGURO: _____

GRUPO#: _____ NOMBRE DE LA PERSONA ASEGURADA: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____

NOMBRE DE LA PERSONA QUE ES EL PRINCIPAL DEL SEGURO: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____

SI TIENE ALGUN **SEGURO DENTAL SECUNDARIO** PUEDE COLOCAR LA MISMA INFORMACION AQUI: _____

SEGURO MEDICO (ALGUNOS PROCESOS MEDICOS DEBEN SER CUBIERTOS)

NOMBRE DE SU SEGURO MEDICO: _____

TELEFONO DE LA COMPANIA ASEGURADORA: _____

GRUPO#: _____ A NOMBRE DE QUIEN ESTA EL SEGURO: _____

SI TIENE ALGUN **SEGURO MEDICO SECUNDARIO** POR FAVOR COLOQUE LA INFORMACION AQUI: _____

POLITICAS DE FINANCIAMIENTO

LOS PAGOS SE HACEN AL MOMENTO DEL SERVICIO, A MENOS QUE SE HAYAN HECHO OTROS ACUERDOS. POR FAVOR ENTIENDA ESTOS BENEFICIOS SON DETERMINADOS ENTRE USTED, SU EMPLEADOR Y SU SEGURO, TU ERES RESPONSABLES POR NUESTROS PAGOS. PARA PACIENTES CON VARIACIONES EN LOS PLANES DEL SEGURO , DEDUCTIBLES O CO PAGOS ESTOS SERAN REALIZADOS AL MOMENTO DE EL TRATAMIENTO.

CUENTAS VENCIDAS SERAN SUJETAS A COLECCIONES DE COSTOS, COSTOS LEGALES Y A 1.1/2 % CARGOS DE INTERESES AL MES.

FIRMA DEL PACIENTE _____

HISTORIA MEDICA

ACTUALMENTE SU SALUD ES: BUENA; ___ REGULAR: ___ MALO: ___

ESTA USTED BAJO ALGUN CUIDADO MEDICO?: ___ SI ___ NO ___

EXPLIQUE: _____

USTED FUMA: ___ CUANTOS AL DIA: _____

USTED ESTA TOMANDO ALGUNA MEDICINAS O DROGAS?: SI ___ NO ___

COLOQUE EL NOMBRE DE LO QUE ESTA TOMANDO: _____

LUGAR Y TELEFONO DE SU FARMACIA : _____

ESTA TOMANDO ALGUNA DE LAS SIGUIENTES MEDICINAS?:

COMADIN: ___ ETIDRANATE: ___ PAMIDRONATE: ___ ALENDRONATE: ___

OTRA: _____

TIENE ALGUNA ALERGIA?:

ASPIRINA: ___ CODEINA: ___ NARCOTICOS: ___ ANESTESIA LOCAL: ___ PENICILINA: ___

AMOXICILINA: ___ ERITROMICINA ___ LATEX: ___ OTRO : ___

SI ES MUJER

ESTA USTED EMBARAZADA: SI ___ NO ___

ESTA TOMANDO PILDORAS ANTICONCEPTIVAS: SI: ___ NO ___

ESTAS AMAMTANDO? SI ___ NO ___

POR FAVOR REVISE ESTA LISTA DE ENFERMEDADES Y VERIFIQUE SI USTED TIENE O TUVO ALGUNA DE ELLAS:

HOSPITALIZACION____ CIRUGIA DE CORAZON:____ HIV:_____
ANGINA DE PECHO:____ MARCA PASOS:____ TRANSFUSION DE SANGRE:____
RESPIRACION CORTA:____ TENSION ALTA:____ CANCER:_____

VALVULAS DEL CORAZON:____ ASMA:____ QUIMIOTERAPIAS:_____
SOPLO CARDIACO:____ EPILEPSIA :____ DIABETES:_____
VALVULAS MITRALES ;____ HEPATITIS (QUE TIPO):____ ABUSO DE DROGAS:____
INFARTO DEL CORAZON:____ ENFERMEDADES DEL HIGADO:____ OTRA:_____

CONSENTIMIENTO PARA CIRUGIA

YO AUTORIZO AL *DR FRANK CAROTENUTO* Y SU EQUIPO PARA REALIZAR EL SIGUIENTE TRATAMIENTO_____ Y ADMINISTRARME ANESTACIA LOCAL(____) O ANESTECIA GENERAL(____).

GRACIAS Y BIENVENIDO NUEVAMENTE!

FIRMA DEL PACIENTE _____