



# Awesome Smiles

## Historia Clínica

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_

Apellido \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_

Seguro Social # \_\_\_\_\_ Sexo: M F Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Dirección/PO Box \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Tel. de celular \_\_\_\_\_ Tel. de domicilio \_\_\_\_\_

### Responsable de la aseguranza o (Informacion de Padre o Madre)

Apellido \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Su relación al paciente \_\_\_\_\_

### En caso de emergencia: Nombre/Dirección/Tel. de la un familiar que no resida con usted:

### Como fué que encontró nuestra clínica dental? Por favor de señalar:

- Amigo/Familiar \_\_\_\_\_  Radio-Cuál estación? \_\_\_\_\_  Boletín  
 Anuncio  Cupón de correo  Empleado  FERIA de Salud  Otro especifique \_\_\_\_\_

Motivo de su visita \_\_\_\_\_

Teme al tratamiento dental?  Si  No Están sus dientes sensibles a lo frío, caliente, dulce ó presión?  Si  No

Las encías sangran, siente irritadas?  Si  No Tiene dientes manchados que le molestan?  Si  No

Está viendo a un Médico?  Si  No Está incomforme con sus dientes?  Si  No

Si es Mujer, esta embarazada?  Si  No Si es Si, cuántos meses tiene? \_\_\_\_\_

Nombre, Dirección y Tel. de su Médico \_\_\_\_\_

### Nombre De La Medicacion:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Condición Médica:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Señale si padece o ha padecido alguna de las condiciones siguientes:

- |  |  |  |   |
|--|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Enfermedad cardiaca | <input type="checkbox"/> Marcapaso               | <input type="checkbox"/> Úlceras               | <input type="checkbox"/> Enfermedad de la tiroide   |
| <input type="checkbox"/> Glaucoma            | <input type="checkbox"/> Alta presión            | <input type="checkbox"/> Diabetes              | <input type="checkbox"/> Enfisema <input type="checkbox"/> Quimoterapia (cancer)            |
| <input type="checkbox"/> Dolor de quijada    | <input type="checkbox"/> Enfermedad de la sangre | <input type="checkbox"/> Fiebre escarlatina    | <input type="checkbox"/> Tuberculosis <input type="checkbox"/> Artritis                     |
| <input type="checkbox"/> VIH +               | <input type="checkbox"/> Fiebre reumática        | <input type="checkbox"/> Anemia                | <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Reumas                               |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis           | <input type="checkbox"/> Murmullo del corazón    | <input type="checkbox"/> Problema de riñones   | <input type="checkbox"/> Fiebre del heno <input type="checkbox"/> Medicamento con cortisona |
| <input type="checkbox"/> Hemofilia           | <input type="checkbox"/> Enfermedad Venérea      | <input type="checkbox"/> Ataques epilépticos   | <input type="checkbox"/> Nerviosismo <input type="checkbox"/> Anemia de célula sickle       |
| <input type="checkbox"/> Cholesterol         | <input type="checkbox"/> Nicotina                | <input type="checkbox"/> El consumo de alcohol | <input type="checkbox"/> Abuso de sustancias <input type="checkbox"/> Osteoporosis          |
| <input type="checkbox"/> Otro _____          |  |  | <input type="checkbox"/> Aspirina _____   |

Farmacia \_\_\_\_\_ Dirección \_\_\_\_\_ Número Telefónico \_\_\_\_\_

### Señale si es alérgico a alguno de los medicamentos siguientes:

- Anestesia local  Penicilina  Medicamentos que contengan sulfa  Aspirina  
 Codeína u otros narcóticos  Lodine  Metal  Letex  Barbitúricos, Sedantes, pastillas para dormir  
 Otro \_\_\_\_\_

He contestado las respuestas con honestidad y certeza. Si hay algún cambio en mi salud ó en mis medicamentos yo le informaré al mi dentista en mi siguiente cita.

\_\_\_\_\_  
Firma de Paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha



# **Awesome Smiles**

7400 Viscount Blvd Suite 210

El Paso, Tx 79925

---

## **POLIZA FINANCIAL**

Nombre del paciente : \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Gracias por escoger a Awesome Smiles, como su proveedor dental lo siguiente es nuestra poliza financiera, Nuestra preocupacion es que usted reciba el tratamiento adecuado y optimos para mantener su salud dental. Por lo tanto si tiene alguna pregunta o preocupacion sobre nuestra poliza de pagos por favor no tarde en preguntarle a nuestro administrador de oficina. Le pedimos a todos nuestros pacientes que lean y firmen nuestra poliza financiera junto con la forma de informacion del paciente antes de ver al dentista.

El pago para los servicios es debido cuando se rinden los servicios. Aceptamos efectivo, cheques y tarjetas de credito. Estaremos contentos en procesar su aseguranza para usted desde luego nos proporsienen con la informacion adecuada. Sin embargo usted debe entender lo siguiente.

1. Su poliza de seguro es un contrato entre usted y su empleo y la compania de seguro nosotros "no" estamos afiliados con ese contrato nuestra relacion es con usted no con su compania de seguro.
2. Servicios estan cubiertos en todos los contratos. Algunas de las aseguranzas seleccionan arbitrariamente que servicio no cubren.
3. Cobro por los servicios, junto con deductibles y co- pagos tienen que ser rendidos a la hora del tratamiento. Nostotros aceptamos . Efectivo, cheques y tarjetas de credito.
4. Si su compania de seguro no paga el balance completo en 30 dias le pedimos que se comuniquen con su seguro para apresurar el procedimiento de su demanda.
5. Si su aseguranza de seguro no paga por completo en plazo de 45 dias , nosotros requerimos que pague el balance debido en efectivo, cheque o tarjeta de credito.
6. Usted sera responsable en notificarnos inmediatamente cual quier cambio de direccion estado de trabajo, o aseguranza y habilidad de beneficios una falta de hacer tal puede resultar en un balance deferente por cual usted sera responsable.

Nostotros entendemos que temporalmente problemas finaciales afectan el pago a tiempo de su balance le sugerimos que nos comunicué algun problema para poder asistirte en el mantenimiento de su cuenta.

Una vez mas le agradecemos por elegirnos como su proveedor dental. Apreciamos su confianza en nosotros y la oportunidad de servirles.

---

Firma del paciente / padre/ guardian / (si el paciente es menor de 18 anos padre o guardian debe firmar.)



## ***Awesome Smiles***

7400 Viscount Blvd Suite 210  
El Paso, Tx 79925

---

### **RECONOCIMIENTO NOTIFICACIÓN DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD**

*\*Usted puede decidir no firmar\**

He recibido una copia de las Prácticas de Privacidad de Awesome Smiles. Entiendo que Awesome Smiles tiene el derecho a cambiar las Prácticas de Privacidad de tiempo a tiempo y que yo puedo comunicarme con Awesome Smiles en cualquier momento para obtener una copia de la Notificación más reciente de las Prácticas Privadas.

Nombre del Paciente (en letra de molde)

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente/

\_\_\_\_\_  
Representante Legal  
Relacion al Paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

---

### **PARA USO DE LA OFFICINA**

---

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)