

**INFORMACION PERSONAL : POR FAVOR ESCRIBA EN LETRA IMPRENTA Y RESPONDA TODAS LAS PREGUNTAS**

Título (circ.) Sr. Sra. Srta. Dr. Nombres \_\_\_\_\_ Apellidos: \_\_\_\_\_  
 No. Seguro Social \_\_\_\_\_ Fecha de Nac.: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_  Masculino  Femenino  
 Dirección: Calle: \_\_\_\_\_  
 Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_  
 No. de Licencia de conducir: \_\_\_\_\_ Dirección de e-mail: \_\_\_\_\_  
 Teléfono casa: \_\_\_\_\_ Trabajo: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_ Beeper: \_\_\_\_\_

**Nombre de su Empleador:** \_\_\_\_\_ Numero de Teléfono: \_\_\_\_\_  
 Dirección: Calle: \_\_\_\_\_  
 Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

**Información del  Cónyuge / Padre:** (Nombres y Apellidos): \_\_\_\_\_  Padre  Madre  
 Fecha de Nac.: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ No. Seguro Social: \_\_\_\_\_ No. Licencia de Manejar: \_\_\_\_\_  
 Dirección: Calle: \_\_\_\_\_  Masculino  Femenino  
 Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_  
 Teléfono casa: \_\_\_\_\_ Trabajo: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_ Beeper: \_\_\_\_\_

**Nombre de su Empleador:** \_\_\_\_\_ Número de Teléfono: \_\_\_\_\_ Ext. \_\_\_\_\_  
 Dirección: Calle: \_\_\_\_\_  
 Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

**Información de Quien lo Refirió:**  
 Quien lo refirió a nuestra oficina? (Nombre/Dirección): \_\_\_\_\_  
 Dentista: Dirección: Calle: \_\_\_\_\_ Telef.: \_\_\_\_\_  
 Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_  
 Médico (MD) Dirección: Calle: \_\_\_\_\_ Telef.: \_\_\_\_\_  
 Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

**En caso de emergencia, llamar:** Nombre: \_\_\_\_\_ Telef.: \_\_\_\_\_  
 Dirección: Calle: \_\_\_\_\_  
 Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

**Información de su Seguro Dental:** Nombre del Plan: \_\_\_\_\_  
 Dirección del Plan: Calle: \_\_\_\_\_  
 Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_  
 No. de Teléfono: \_\_\_\_\_ Seguro social o No. de identificación: \_\_\_\_\_

**Información de su Seguro Médico:** Nombre del Plan: \_\_\_\_\_  
 Dirección del Plan: Calle: \_\_\_\_\_  
 Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_  
 No. de Teléfono: \_\_\_\_\_ Seguro social o No. de identificación: \_\_\_\_\_

**Información de su Seguro Secundario** Nombre del Plan y No. de ident.: \_\_\_\_\_

**ACIDENTES O LESIONES DE TRABAJO SOLAMENTE:**  
 Fecha del Accidente: \_\_\_\_\_  
 Abogado: \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_  
 No. Telef.: \_\_\_\_\_

**WORKMAN'S COMP**  Si  No  
 Caso Número: \_\_\_\_\_  
 Nombre de la Póliza: \_\_\_\_\_  
 Encargado de su Caso: \_\_\_\_\_  
 No. Telef.: \_\_\_\_\_

COMO VA A PAGAR SU CUENTA HOY?:  CHEQUE PERSONAL;  MASTERCARD;  VISA;  AM. EXPRESS;  EFECTIVO;  OTRA FORMA

**CARGOS RELACIONADOS CON EL CONTROL DE INFECCION: PACIENTES QUE VAN A TENER CIRUGIA TENDRAN UN CARGO DE \$20.00 PARA CUBRIR LOS COSTOS DE MATERIALES DESECHABLES Y REMOCION DE MATERIAL INFECCIOSO.**

**AUTORIZACION DEL SEGURO: DE ACUERDO A MI SEGURO MEDICO, YO ESTOY DE ACUERDO Y AUTORIZO QUE TODOS LOS PAGOS SEAN HECHOS DIRECTAMENTE A LOS PROVEEDORES DEL SERVICIO: DR. FRIEDMAN, DR. PAYTON, DR. CARDENAS, DR. TENDLER O "ORAL FACIAL RECONSTRUCTION AND IMPLANT CENTER", POR TODOS LOS SERVICIOS DADOS. YO TAMBIEN AUTORIZO A EL(LOS) PROVEEDOR(ES) A SUMINISTRAR A LA ADMINISTRACION DE SEGURO SOCIAL, O SUS INTERMEDIARIOS U OTROS ADMINISTARDORES DE CUALQUIER INFORMACION QUE SE NECESITE PARA ESTA CUENTA O CUENTAS RELACIONADAS CON LA CUENTA DEL MEDICARE. DEL MISMO MODO ESTOY PERMITIENDO EL USO DE UNA COPIA DE ESTA AUTORIZACION. ESTA AUTORIZACION TAMBIEN APLICA PARA TODAS LAS CUENTAS DE SEGUROS PRIVADOS QUE LOS PROVEEDORES USEN. CERTIFICO QUE HE LEIDO Y ENTIENDO LA DECLARACION DE PRACTICA PRIVADA Y PROTECCION DE LA INFORMACION DE SALUD DEL "ORAL FACIAL RECONSTRUCTION AND IMPLANT CENTER".**

**Firma:** \_\_\_\_\_ **Testigo:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**HISTORIA MEDICA: (RESPONDA A TODAS LAS PREGUNTAS Y FIRME ABAJO)**

Enumere sus alergias a medicinas o comidas: \_\_\_\_\_

Enumere todas las medicinas que este tomando ahora: \_\_\_\_\_

Enumere todos sus problemas médicos: \_\_\_\_\_

Enumere todas sus cirugías anteriores: \_\_\_\_\_

En sus propias palabras, Cual es el principal motivo de su visita hoy?: \_\_\_\_\_

**FH:** Hay en su Familia alguna historia de: (Favor circule): Diabetes, Hipertensión, Cáncer, derrame cerebral, Asma, Tuberculosis, Enfermedades del Corazón, complicaciones con la anestesia, Enfermedades Psiquiátricas, Problemas de sangrado excesivo.

**ROS:** Ha tenido usted (Favor circule): Cambios recientes de peso o apetito, dolor de cabeza, migrañas, visión borrosa o doble, Fotofobia, tinitus, sangrado nasal sin explicación, fracturas nasales, dolor de garganta, disfagia, masas en el cuello, dolor o tortícolis, Tos crónica, hemoptisis, angina, palpitaciones, diarrea, nausea o vomito. Alguna historia de anestesia o parestesia.

**(Por Favor Circule)**

Y N Usted Fuma? Cuanto? _____	Y N Toma bebidas alcohólicas? Cuanto? _____
Y N Usa usted drogas ilegales o recreacionales?	Y N Ha tomado medicinas para dieta en los pasados 5 años?
Y N Esta usted embarazada? Si es así, en que mes está? _____	Si es así, de el nombre: _____
Y N Tiene usted testamento?	Y N Tiene una orden de <b>NO RESUCITAR (DNR)</b>
Y N Es usted alérgico al Látex?	Y N Sufre usted de sinusitis?
Y N Está su sistema inmune debilitado?	Y N Es usted positivo al VIH?
Y N Ha tenido alguna vez una transfusión de sangre?	Y N Está usted tomando aspirinas? Si es así, cuantas al día? _____
Y N Tiene Problemas del Corazón?	Y N Tiene usted una válvula cardiaca artificial?
Y N Sufre de angina?	Y N Sufre de soplos del corazón?
Si es así, Tiene su nitroglicerina con usted?: Y N	Y N Ha tenido usted un derrame cerebral?
Y N Está usted tomando anticoagulantes?	Y N Tiene alguna Prótesis Artificial?
Si es así, cual?: _____	Y N Ha tenido alguna vez una complicación con la anestesia?
Y N Sufre de presión arterial alta?	Y N Tiene usted algún desorden de la glándula tiroides?
Y N Tiene usted diabetes?	Y N Tiene usted anemia?
Y N Ha tenido usted hepatitis?	Y N Ha tenido usted tuberculosis?
Y N Tiene usted asma, bronquitis o sufre de falta de aire?	Y N Tiene usted problemas renales?
Y N Tiene usted osteoporosis?	Y N Le han removido algún riñón?
Si es así, que medicina esta tomando: _____	Y N Está usted en diálisis?
Y N Ha tenido cáncer o ha sido diagnosticado con un tumor?,	Y N Esta usted tomando esteroides o cortisona?
Si es así, donde?: _____	Y N Si es así, de qué tipo: _____
Y N Ha recibido usted terapia con radiación?	Y N Ha estado hospitalizado en los últimos 3 años? Explique:
Si es así, en que parte de su cuerpo: _____	Y N Tiene usted artritis?
Y N Ha recibido usted quimioterapia?	Y N Tiene enfermedades de la articulación temporomandibular?
Si es así, que medicina fue usada: _____	Y N Su articulación temporomandibular salta o suena?
Y N Ha usted tenido alguna vez algún problema psiquiátrico?	Si es así, en que lado: <input type="checkbox"/> DERECHO <input type="checkbox"/> IZQUIERDO <input type="checkbox"/> AMBOS

**LAS NORMAS DE NUESTRA OFICINA REQUIEREN UN CARGO POR TODA CONSULTA Y LOS SERVICIOS DEBEN SER PAGADOS EN SU TOTALIDAD AL MOMENTO DEL TRATAMIENTO.**

SE ACEPTAN PAGOS EN FORMA DE CHEQUES PERSONALES (con identificación apropiada), EFECTIVO, MASTERCARD, VISA O AMERICAN EXPRESS. SI SU SEGURO REQUIERE UNA PREDETERMINACION DEL TRATAMIENTO ASI COMO UN REPORTE COMPLETO, SE ADICIONARA UN CARGO DE \$50.00 PARA CUBRIR GASTOS DE CORREO, DUPLICACION DE RADIOGRAFIAS Y CONFERENCIAS TELEFONICAS. COMO CON TODOS LOS SEGUROS, EXISTE UN DEDUCIBLE QUE DEBE SER ALCANZADO. USTED ES RESPONSABLE POR EL PAGO DE ESE DEDUCIBLE LO MISMO QUE CUALQUIER OTRA CANTIDAD QUE USTED DEBA. SI USTED ES MIEMBRO DE UN HMO, SU CUENTA SERA AJUSTADA DE ACUERDO A SU CONTRATO INDIVIDUAL. SU PARTE DEL PAGO ES SU ENTERA RESPONSABILIDAD.

YO, \_\_\_\_\_, ENTIENDO Y ESTOY DE ACUERDO QUE SOY RESPONSABLE POR LAS CUENTAS Y CARGOS POR LOS SERVICIOS PRESTADOS. SERA MI RESPONSABILIDAD EL OBTENER CUALQUIER RE-EMBOLSO DEL SEGURO. ME SERA ENTREGADO UN ESTADO DE CUENTAS POR LOS SERVICIOS PRESTADOS, DE NO ESTAR DE ACUERDO CON EL BALANCE, NOTIFICARE LA OFICINA, POR ESCRITO 5 DIAS DE RECIBIR EL ESTADO DE CUENTA. SI MI CUENTA NO ES PAGADA, YO ESTOY DE ACUERDO DE SER EL UNICO RESPONSABLE POR TODOS LOS GASTOS INCURRIDOS EN PROCESAR LA CUENTA DE NUEVO, INTERESES SOBRE EL BALANCE A LA RATA ESTATUTORIA DEL 10%, COSTOS DE RECOLECCION, COSTOS DE CORTE Y PAGOS DE HONORARIOS DEL ABOGADO DE ACUERDO AL ESTATUTO DE LA FLORIDA 57.105(2). SI MI CHEQUE ES DEVUELTO POR ALGUNA RAZON, YO ESTOY DE ACUERDO A PAGAR LA TOTALIDAD DEL BALANCE MAS EL CARGO POR EL SERVICIO BANCARIO DENTRO DE LOS 10 DIAS DESPUES DE RECIBIR LA NOTICIA.

YO HE LEIDO ESTA FORMA EN SU TOTALIDAD Y HE RESPONDIDO TODAS LAS PREGUNTAS EN LA MEJOR FORMA POSIBLE. AL FIRMAR ESTE DOCUMENTO, YO ESTOY DE ACUERDO EN QUE NO HE ESTADO TOMANDO NINGUNA MEDICACIÓN QUE ALTEREN MI ESTADO MENTAL.

Firmado: \_\_\_\_\_ Testigo: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Revisado por :  Dr. Kurt Friedman  Dr. Kevin Payton  Dr. Luis Cardenas  Dr. Alfredo Tendler