



201 W. Kennedale pkwy Suite 512  
Kennedale, TX. 76060  
Ph:(817)330-3800 Fax (817)330-3803

## Historia Clínica

### Información del Paciente

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_  
Apellido \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_  
Seguro Social # \_\_\_\_\_ Sexo: M F Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Eda \_\_\_\_\_  
Si el paciente es menor de edad, escriba el nombre del Tutor Legal: \_\_\_\_\_

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

Apellido \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ Casado \_\_\_\_\_ Soltero \_\_\_\_\_  
Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_  
Licencia de Manejar # \_\_\_\_\_ Tel. de domicilio \_\_\_\_\_ Tel. de Trabajo \_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Su relación al paciente \_\_\_\_\_  
Empleador \_\_\_\_\_ Ocupación \_\_\_\_\_  
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:

Páginas amarillas  Amigo/Familiar  Radio-Cuál estación? \_\_\_\_\_  Boletín  
 Anuncio  Cupón de correo  Periódico-Cuál? \_\_\_\_\_  Empleador  
 Empleado  Feria de Salud  Otro especifique \_\_\_\_\_

Motivo de su visita \_\_\_\_\_  
Fecha de su última visita al dentista \_\_\_\_\_ Motivo \_\_\_\_\_  
Ha tenido alguna experiencia en una clínica dental que desee comentarla con nosotros? Si No Si es Si, por favor de explicar \_\_\_\_\_

Teme usted al tratamiento dental? Si No Están sus dientes sensibles a lo frío,caliente,dulce ó presión? Si No  
Sus encías sangran, siente irritadas? Si No Tiene dientes manchados que le molestan? Si No  
Está usted viendo a un Médico? Si No Está usted incomforme con sus dientes? Si No

Si esta viendo a un Médico, cuál es el motivo? \_\_\_\_\_  
Nombre, Dirección y Tel. de su Médico \_\_\_\_\_  
Nombre de sus medicamentos con y sin receta \_\_\_\_\_  
Si es Mujer, esta embarazada? Si No Si es Si, cuántos meses tiene? \_\_\_\_\_

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

Enfermedad cardiaca  Marcapasos  Úlceras  Enfermedad de la tiroide  Glaucoma  
 Alta presión  Diabetes  Enfisema  Quimioterapia (cancer)  Dolor de quijada  
 Enfermedad de la sangre  Fiebre escarlatina  Tuberculosis  Artritis  VIH +  
 Fiebre reumática  Anemia  Asma  Reumas  Hepatitis  
 Murmullo del corazón  Problema de riñones  Fiebre del heno  Medicamento con cortisona  Hemofilia  
 Enfermedad Venérea  Ataques epilépticos  Nerviosismo  Anemia de célula sickle

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

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

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente/Padres/ Tutor Legal

Revisión de Historia Clínica:

(PARA EL DIENTISTA SOLAMENTE)

Dr. \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ Dr. \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ Dr. \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

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.



201 W. Kennedale pkwy Suite 512  
Kennedale, TX. 76060  
Ph:(817)330-3800 Fax (817)330-3803

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

Gracias por escoger a Kennedale Family Dentistry & Orthodontics 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 proporcionen 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. Todos los cobros seguro son su responsabilidad sin importar si su compania de seguro pague todos los 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. Nosotros 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 cualquier 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.

**Por favor tome nota de no cancelar su cita con 24 horas de anticipo resultara con un cobro de \$25.00 por la cita perdida. Agradecemos el favor de llamar para cambiar su cita.**

Nosotros entendemos que temporalmente problemas financieros afectan el pago a tiempo de su balance le sugerimos que nos comuniqué algún 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 años padre o guardian debe firmar.)



201 W. Kennedale pkwy Suite 512  
Kennedale, TX. 76060  
Ph:(817)330-3800 Fax (817)330-3803

## RECONOCIMIENTO NOTIFICACIÓN DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

**\*Usted puede decidir no firmar\***

He recibido una copia de las Prácticas de Privacidad de Kennedale Family Dentistry and Orthodontics. Entiendo que Kennedale Family Dentistry and Orthodontics tiene el derecho a cambiar las Prácticas de Privacidad de tiempo a tiempo y que yo puedo comunicarme con Kennedale Family Dentistry and orthodontics 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)