



Dr. Víctor Vergara DMD P.A.
13180 Livingston Rd, Bldg. # 100, Ste. #106, Naples, FL 34109
Ph: 239-263-0912 Fax: 239-263-0925

HISTORIA MÉDICA

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha (Mes/Día/Año) ____/____/____

FECHA DE NACIMIENTO ____/____/____ É Á Í Ó

NUMERO SEGURO SOCIAL _____

APELLIDO _____ NOMBRE _____

INICIAL 2ndo NOMBRE _____ EDAD _____ SEXO F _____ M _____

CORREO ELECTRÓNICO (para recordarle su cita) _____

DIRECCIÓN _____ APT# _____

CIUDAD _____ ESTADO _____ CÓDIGO POSTAL _____

CELULAR _____ # TEL CASA _____ # TRABAJO _____

LUGAR DE TRABAJO _____ CARGO _____

DIRECCIÓN DE TRABAJO _____

ESTADO CIVIL (MARQUE CON X) SOLTERO _____ CASADO _____ VIUDO _____ DIVORCIADO _____ SEPARADO _____

NÚMERO DE TARJETA DE CRÉDITO _____ EXPIRA _____

PADRE/TUTOR (Menores de 18 años) _____ # SEGURO SOCIAL _____

DIRECCIÓN (Si es diferente) _____ TELEFÓNICO (Si es diferente) _____

REFERIDO POR: APELLIDO _____ NOMBRE _____

¿TIENE SEGURO DENTAL? SI _____ NO _____

NOMBRE DE LA ASEGURADORA _____

EN CASO DE EMERGENCIA NOTIFICAR: APELLIDO _____ NOMBRE _____

PARENTEZCO/RELACION CON EL PACIENTE _____ TELEFONO _____

HISTORIA MÉDICA

SALUD (MARCAR CON UNA X) EXCELENTE _____ BUENA _____ REGULAR _____ MALA _____

¿HA ESTADO BAJO EL CUIDADO MÉDICO DE UN DOCTOR EN LOS ÚLTIMOS 2 AÑOS? SI _____ NO _____

ENFERMEDAD _____

NOMBRE DEL MÉDICO _____

ÚLTIMO EXÁMEN MÉDICO GENERAL FECHA ____/____/____

¿ESTA TOMANDO ALGUNA MEDICINA AHORA? SI _____ NO _____ PROPÓSITO _____

PORFAVOR DESCRIBA QUE MEDICINAS TOMA Y LAS DOSIS _____

NOMBRE DE LA FARMACIA _____ UBICACIÓN _____ #TELÉFONO _____

MARQUE LA ENFERMEDAD QUE HAYA PADECIDO O QUE ESTE PADECIENDO (X)

ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR
 INFARTO CARDIACO
 DERRAME CEREBRAL
 SOPLO DEL CORAZON
 DOLOR EN EL PECHO (ANGINA)
 CIRUGIA CARDIOVASCULAR
 VALVULA ARTIFICIAL
 MARCAPASOS
 PRESION ALTA
 FIEBRE REUMATICA
 TRANSFUSION SANGUINEA
 ARTRITIS O REUMATISMO
 ALCOHOLISMO
 TERAPIA RADIACION (xray-cobalt)
 HERPES GENITAL
 TRATAMIENTO PSIQUIATRICO

ANEMIA O HEMOFILIA
 SE LESIONA FACILMENTE
 LE FALTA EL AIRE
 INFLAMACION DE ARTICULACIONES
 ARTICULACION ARTIFICIAL
 ENFERMEDAD PULMONAR
 ENFISEMA PULMONAR
 TUBERCULOSIS (T.B.)
 ASMA
 FIEBRE DE HENO
 TOMA CORTISONA
 DOLOR EN LA ARTICULACION MANDIBULAR
 DROGADICCION
 QUIMIOTERAPIA
 HERPES LABIAL
 HIV POSITIVO

ERUPCION CUTANEA
 ENFERMEDAD RENAL
 DIABETES
 ENFERMEDAD DEL HIGADO
 HEPATITIS A (INFECCIOSA)
 HEPATITIS B
 HEPATITIS C
 ICTERICIA
 CELL DISEASE
 ENFERMEDAD DE TIROIDES
 GLAUCOMA
 DESMAYOS O MAREOS
 CANCER O TUMOR
 ENFERMEDAD VENEREA
 EPILEPSIA/ CONVULSIONES
 REFLUJO GASTRICO

- ¿NECESITA TOMAR ANTIBIÓTICO ANTES DE UN PROCEDIMIENTO DENTAL? NO _____ SI _____
- ¿TIENE ENDOCARDITIS? NO _____ SI _____
- ¿TIENE UNA ENFERMEDAD CARDÍACA CONGÉNITA? NO _____ SI _____
- ¿HA TENIDO ALGUNA VEZ UN TRANSPLANTE DE CORAZÓN? NO _____ SI _____
- ¿TIENE ALGUNA VÁLVULA ARTIFICIAL? NO _____ SI _____
- ¿TIENE ALGUNA ARTICULACIÓN ARTIFICIAL? NO _____ SI _____

¿TIENE ALGUNA ENFERMEDAD QUE NO ESTE DESCRITA EN ESTA LISTA QUE ESTE PADECIENDO?		
¿ES USTED ALERGICO A ALGUNA MEDICINA O A ALGUNA OTRA SUSTANCIA?	NO	SI
SI ES ASÍ EXPLIQUE		
¿FUMA?	NO	SI
¿CONSUME BEBIDAS ALCOHOLICAS?	NO	SI
¿TIENE SANGRADO PROLONGADO O INUSUAL?	NO	SI
¿HA SIDO HOSPITALIZADO ALGUNA VEZ O HA TENIDO CIRUGÍAS?	NO	SI
SI ES ASÍ EXPLIQUE		
¿HA TENIDO ALGUNA REACCIÓN ALÉRGICA A UN ANESTÉSICO LOCAL?	NO	SI
¿HA TENIDO ALGUNA COMPLICACIÓN LUEGO DE UN TRATAMIENTO DENTAL?	NO	SI
¿HA TENIDO ALGUNA LESIÓN O TRAUMA EN SU CARA O EN SU MANDÍBULA?	NO	SI
¿SUFRE DE DESMAYOS?	NO	SI
¿SE SIENTE NERVIOSO/A O PREOCUPADO/A POR RECIBIR TRATAMIENTO DENTAL?	NO	SI
MUJERES ¿ESTA EMBARAZADA?	NO	SI
FECHA ESTIMADA EN QUE DARA A LUZ		
¿SI ES ASÍ DÍGANOS CÓMO PODEMOS HACERLO/A SENTIR MAS CÓMODO?		

HISTORIA DENTAL

¿CUANDO FUE SU ULTIMA VISITA AL ODONTÓLOGO? (Mes/Día/Año) _____

¿SI MAS DE 6 MESES PORQUE? _____

NOMBRE Y DIRECCIÓN DEL ODONTÓLOGO QUE LE ATENDIÓ _____

¿CUANDO FUE LA ÚLTIMA VEZ QUE SE HIZO UNA LIMPIEZA PROFESIONAL? Años _____ Meses _____

¿LE SANGRAN LAS ENCÍAS O LAS SIENTE INFLAMADAS? _____

¿CON CUANTA FRECUENCIA UTILIZA EL HILO DENTAL? _____

¿TIENE ALGUNA INCOMODIDAD O SIENTE DOLOR EN SU BOCA? _____

SI ES ASÍ EXPLIQUE _____

¿SIENTE DOLOR O MOLESTIA EN SU ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR? _____

SI UTILIZA PRÓTESIS POR FAVOR INDIQUE

SUPERIOR COMPLETA _____ INFERIOR COMPLETA _____

SUPERIOR PARCIAL _____ INFERIOR PARCIAL _____

¿CUANTO TIEMPO LLEVA USANDO SUS PRÓTESIS? _____

TIENE QUE TOMAR ANTIBIÓTICO ANTES DE UN PROCEDIMIENTO DENTAL? _____

CONSENTIMIENTO

Reconozco que he leído este documento en su totalidad, que lo comprendo plenamente y que toda la información que he proporcionado es correcta en mi conocimiento.

Entiendo que la información descrita anteriormente es necesaria para proveerme a mí o a mi dependiente el cuidado y la salud dental de una manera segura y eficiente. Por medio de la presente autorizo al doctor que me tome radiografías, que estudie mis modelos, fotografías, o cualquier otra ayuda diagnóstica que el considere necesaria para hacer un diagnóstico completo. Además autorizo al doctor que realice los tratamientos, la terapia y recete los medicamentos que hayan sido indicados en conexión con mi plan de tratamiento o el de mi dependiente. Por consiguiente autorizo y doy consentimiento al doctor que escoja y aplique tal asistencia que considere necesaria.

Paciente o Parte Responsable _____ fecha ____ / ____ / ____

RESPONSABILIDAD FINANCIERA

Ratifico que soy financieramente responsable por todos los cargos que yo (o mi dependiente) haya recibido en esta oficina. Entiendo que el pago debe ser realizado **en su totalidad** en el momento que los servicios sean prestados, a menos que se hayan hecho acuerdos financieros antes del inicio del tratamiento. Si no pago estos servicios, acepto pagar todos los gastos de recaudación, honorarios de abogado, costos de corte que estén relacionados con los servicios prestados a mí o a mi dependiente. Por ultimo entiendo que \$10 (diez) dólares serán cobrados a mi cuenta por recargos de pagos atrasados cada 30 (treinta) días.

Paciente _____ Fecha ____ / ____ / ____ Testigo _____

Persona Responsable _____

Relación con el Paciente _____



Compromiso Financiero

Pacientes con Seguro Dental

Como cortesía a nuestros pacientes con seguro, en esta oficina realizamos el trámite del cobro al seguro. Sin embargo, requerimos que usted pague el porcentaje estimado que su seguro no llegue a cubrir y el deducible el día de su cita. En su primera visita llamaremos a su compañía de seguros para verificar los beneficios que le corresponden y le explicaremos su plan de tratamiento. Dado que las compañías de seguro, cambian sus planes de pago, no podemos garantizar que realmente el seguro pague la cantidad estimada.

Por favor, comprenda que la política de las compañías de seguro no es pagar la totalidad de los tratamientos, sino de proporcionarle asistencia en su salud dental. En última instancia usted es responsable de todos los costos de su tratamiento dental. Su compañía de seguros tiene un compromiso con usted, no con nosotros: por tanto usted tiene la obligación de contactar a su seguro para resolver sus inquietudes. Los beneficios pueden variar considerablemente de un plan de seguros a otro y estos están sujetos a que reúna los requisitos: limitaciones del plan, máximos anuales, y los beneficios utilizados. La gama de beneficios depende totalmente de lo que su empleador desee ofrecer a sus empleados: una cobertura extensa o mínima. Esta oficina ha tomado la decisión ética de trabajar únicamente con resinas (material del color del diente) en lugar de los empastes con mercurio (plata). Su seguro puede que no pague por las resinas o puede ofrecer un beneficio alternativo.

Pacientes sin Seguro Dental

El pago total es requerido en el momento en que se prestan los servicios.

Nota: Si el pago se hace en su totalidad antes de la finalización del tratamiento con Visa, MasterCard, Discover o American Express no se emitirá un reembolso. Usted debe seguir adelante con el plan de tratamiento propuesto si este ya ha sido pagado.

Todos los pacientes

Requerimos que nos proporcione el número de su tarjeta de crédito/débito y la fecha de vencimiento para mantenerlo en los archivos. Cabe aclarar que esta información es confidencial. Sólo se cargará en su cuenta si su saldo esta en mora y si **no** logramos comunicarnos con usted. Intentaremos informarle mediante llamadas telefónicas y por medio del correo antes de realizar estos cargos. Es su responsabilidad actualizar su información de contacto, teléfono y dirección.

- Los cheques devueltos tendrán un cargo mínimo de \$30.00. El saldo se debe pagar en su totalidad ya sea en efectivo o tarjeta de crédito.
- La penalidad por no cancelación de las citas es de \$50.00 por cada hora y será cargado en la cuenta de los pacientes que no den 48 horas de previo aviso.
- En el caso en que su cuenta en mora se vaya cobranza legal, usted será responsable por todos los cargos incurridos en el cobro de la deuda.

Yo, _____ **entiendo que soy el/la único/a responsable por todos los gastos de tratamiento dental:** a menos que otros acuerdos de pago se hayan hecho por escrito antes de la prestación de los servicios.

Firma _____ Fecha _____

Victor Vergara DMD, P.A. _____ Testigo _____

Número de Tarjeta de Crédito _____ Expira _____

VISA MASTERCARD DISCOVER AMERICAN EXPRESS



**ACTA DE PRIVACIDAD
PARA CONOCIMIENTO DEL PACIENTE**

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento __/__/__

He recibido el Acta de Privacidad en un lenguaje sencillo. Esta comunicación establece en detalle el uso, la protección y divulgación de mi información de salud que se pudiese hacer en esta oficina; mis derechos individuales y las prácticas de los derechos legales con respecto a la protección de mi información médica. El aviso incluye:

- Una declaración de que esta práctica es requerida por ley a mantener la privacidad y protección de mi información de salud.
- Una declaración de que esta oficina se compromete a cumplir con los términos del aviso actualmente en vigor.
- Tipos de usos y revelaciones que esta oficina tiene permitidos para los siguientes propósitos: tratamiento, pago y procedimientos de salud oral.
- Una descripción de cada uno de los fines para los que cuales esta oficina está permitida o requerida de usar o revelar la información protegida de salud sin mi consentimiento o autorización por escrito.
- Una descripción de los usos y revelaciones que están prohibidas o limitadas por la ley.
- Una descripción de otros usos y revelaciones que se harán sólo con mi autorización por escrito y que puedo revocar dicha autorización.
- Mis derechos individuales con respecto a proteger la información de salud y una breve descripción de cómo puedo ejercer estos derechos en relación a:
 1. El derecho de reclamar a esta práctica y al Secretario de HHS sí creo que mis derechos han sido violados y que ninguna acción de represalia será utilizado en mi contra en caso de una queja por tales.
 2. El derecho a solicitar restricciones sobre ciertos usos y revelaciones de mi información protegida de salud, y que esta práctica no está obligada a aceptar una petición de restricción.
 3. El derecho a recibir comunicaciones confidenciales de información médica protegida.
 4. El derecho a inspeccionar y copiar información de salud protegida.
 5. El derecho de enmendar la información de salud protegida de salud.
 6. El derecho a recibir un informe de las divulgaciones de información médica protegida.
 7. El derecho a obtener una copia de la Notificación de prácticas de privacidad de esta práctica a petición.

Esta práctica se reserva el derecho de cambiar los términos de su Aviso de Prácticas, así como prever nuevas para toda la información médica protegida que mantiene. Entiendo que puedo obtener el Acta de Privacidad actual de esta oficina por encargo.

Firma _____ Fecha: _____

Relación con el Paciente (si es firmado por un representante del Paciente) _____