



Formulario de cambios de salud

Correo electrónico

Fecha de hoy

Como lo requiere la ley, nuestra oficina se adhiere a las políticas y procedimientos escritos para proteger la privacidad de la información sobre usted que creamos, recibimos o mantenemos. Sus respuestas son solo para nuestros registros y se mantendrán confidenciales sujeto a las leyes aplicables. Tenga en cuenta que se le harán algunas preguntas sobre sus respuestas a este cuestionario y es posible que haya preguntas adicionales sobre su salud. Esta información es vital para permitirnos brindarle la atención adecuada. Esta oficina no usa esta información para discriminar.

INFORMACIÓN PERSONAL

Nombre

Apellido

Inicial

Si está completando este formulario para otra persona, ¿cuál es su relación con esa persona?

Tu nombre

Relación

Teléfono de casa

Teléfono móvil

INFORMACIÓN MÉDICA Para las siguientes preguntas, marque (X) sus respuestas

¿Está actualmente bajo el cuidado de un médico?..... Si No

Nombre del medico Teléfono

Dirección/Ciudad/Estado/Código postal

¿Goza de buena salud?..... Si No

¿Ha habido algún cambio en su salud general durante el último año?..... Si No

Si es así, ¿qué condición se está tratando?

Fecha del último examen físico

Para las siguientes preguntas, marque (X) sus respuestas

¿Usa sustancias controladas (drogas)?..... Si No

¿Usa tabaco (fumar, rapé, mascar, bidis)?..... Si No

Si es así, ¿qué interés tiene en parar?
 MUCHO POCO SIN INTERÉS

¿Bebes bebidas alcohólicas?..... Si No

En caso afirmativo, ¿cuánto ha bebido en las últimas 24 horas?

Reemplazo de la articulación: ¿Ha tenido alguna vez un reemplazo ortopédico total de articulación (cadera, rodilla, codo, dedo)?..... Si No

En caso afirmativo, ¿fecha?

En caso afirmativo, ¿ha tenido alguna complicación?

Alergias: ¿Es alérgico o ha tenido una reacción a: Si No

Anestésicos locales..... Si No

Aspirina..... Si No

Penicilina u otros antibióticos..... Si No

Barbitúricos, sedantes o pastillas para dormir..... Si No

Drogas sulfa..... Si No

Codeína u otros narcóticos..... Si No

¿Ha tenido una enfermedad grave, una operación o ha estado hospitalizado en los últimos 5 años?..... Si No

En caso afirmativo, ¿cuál fue la enfermedad o el problema?

¿Está tomando o ha tomado recientemente algún medicamento recetado o de venta libre?..... Si No

¿Toma anticoagulantes?..... Si No

¿Toma aspirina con regularidad?..... Si No

En caso afirmativo, enumere todos. Incluye las vitaminas, las preparaciones naturales o herbales y/o los suplementos dietéticos:

SOLO MUJERES Estás: Si No

¿Embarazada?..... Si No

Numero de semanas

¿Tomando píldoras anticonceptivas o reemplazos hormonales?..... Si No

¿Amamantando?..... Si No

Si No

Si No

Metales..... Si No

Látex (goma)..... Si No

Yodo..... Si No

Fiebre del heno/estacional..... Si No

Animales..... Si No

Alimentos/Otro..... Si No

En caso afirmativo, por favor especifique

Política de Cancelación Tardía y Ausencias

En Precious Smiles Family Dentistry, nos esforzamos por brindar una atención excepcional y acomodar las necesidades de horario de cada paciente. Para garantizar que todos los pacientes tengan acceso a citas oportunas, hemos implementado la siguiente política:

- **Cargo por Cancelación Tardía:** Le pedimos amablemente que nos notifique con al menos 24 horas de anticipación si necesita cancelar o reprogramar su cita. Las cancelaciones realizadas con menos de 24 horas de aviso incurrirán en un cargo de \$50 por cancelación tardía.
- **Cargo por Ausencia:** Si no se presenta a su cita programada sin previo aviso, se aplicará un cargo de \$50 por ausencia a su cuenta.

Por favor, comprenda que estos cargos nos ayudan a cubrir los costos asociados con citas no utilizadas y a mantener una atención de alta calidad para todos los pacientes. Si tiene alguna pregunta o inquietud sobre esta política, no dude en hablar con nuestro personal.

Al firmar a continuación, usted reconoce y acepta los términos de nuestra política de cancelación y ausencias.

FIRMA

Firma del Paciente *

Fecha *