



Formulario de Consulta

¡Gracias por elegir nuestro consultorio TopDental. Nos complace poder atender sus necesidades dentales.
Por favor llene este formulario usando pluma y no dude en preguntarnos en caso de cualquier consulta.

Nombre Completo _____ Hombre Mujer

SS# _____

Estado civil: Soltero/a Casado/a Divorciado/a Viudo/a Compañero/a

Dirección residencial _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Fecha de Nacimiento _____ Edad _____ Teléfono Hogar _____ Teléfono Móvil _____

Email _____

Nombre de Tutor si Paciente es Menor de Edad _____

Ocupación _____ Compañía _____

Dirección Laboral _____

Teléfono Laboral _____

Contacto de emergencia _____ Teléfono _____

¿Como desea ser contactado? Hogar Móvil Email Trabajo Correo

Referido Por _____

¿Es su primera visita en nuestra oficina? Sí No

¿Cómo supo de nosotros? Internet Radio
 Dentista Amigo Otro _____

Top Dental

10529 Crestwood Dr Suite 103 Manassas, VA 20109

3025 Hamaker Ct suite 400. Fairfax VA 22031

☎ (703) 393-9393

📞 (703) 393-9394

✉ info@topdentalpractice.com

🌐 www.topdentalpractice.com

Seguro Dental Primario

Nombre Titular _____

Relación _____

Fecha de nacimiento _____ SS# _____

Compañía de seguro _____

De Póliza _____

Grupo _____

Teléfono Compañía de Seguro _____

Dirección Compañía de Seguro _____

Seguro Dental Secundario

Nombre Titular _____

Relación _____

Fecha de nacimiento _____ SS# _____

Compañía de seguro _____

De Póliza _____

Grupo _____

Teléfono Compañía de Seguro _____

Dirección Compañía de Seguro _____

HISTORIA DENTAL

¿Cuál es la razón principal de su visita de hoy? _____

¿Si pudiera mejorar su estado de salud dental actual, que mejoraría? _____

Por favor indique las fechas de: **En una escala del 1-10, con 10 siendo más alto, indique:**

Su última limpieza _____

¿Cuán importante es su salud dental?

Su última radiografía dental _____

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Su último examen de cáncer oral _____

¿Cómo calificaría su estado actual de salud dental?

Su último examen general dental _____

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

¿Padece de alguno de los siguientes problemas?

Sensibilidad (Calor/Frío/Dulces) Sí No

Comida entre los dientes Sí No

Dolores de cabeza, oído, o cuello Sí No

Dientes flojos o movidos Sí No

Dientes rotos o restauraciones defectuosas Sí No

Mal aliento Sí No

Encías que sangran o están hinchadas o irritadas Sí No

¿Tiene problema de rechinar los dientes? Sí No

¿Usa una férula dental para aliviar esta condición? Sí No

¿Alguna vez ha recibido tratamiento para la enfermedad periodontal de las encías? Sí No

¿Ha recibido tratamiento para lo siguiente:? Dentaduras postizas Parciales Aparatos

¿Hay posibilidad de que esté embarazada? Sí No

¿Este intentando quedar embarazada? Sí No

HISTORIA MÉDICA

Nombre de su doctor _____ Teléfono _____ Fecha UltimoExamen _____

Por favor marque con círculo las siguientes opciones. **Sus respuestas son solo para nuestros registros y serán guardados en confidencia.** Por favor note que durante su primera visita, se le pueden hacer preguntas adicionales sobre sus respuestas.

¿Tiene, o ha tenido, cualquiera de los siguientes?

SIDA / HIV Positivo	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Cortisona	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Hemofilia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Tratamiento con radiación	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Enfermedad de Alzheimer's	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Diabetes	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Hepatitis A	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Pérdida de peso reciente	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Anafilaxia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Drogadicción	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Hepatitis B o C	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Diálisis renal	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Anemia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Fácilmente pierde el aliento	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Herpes	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Fiebre reumática	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Angina	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Enfisema	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Presión arterial alta	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Reumatismo	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Artritis/Gota	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Epilepsia o convulsiones	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Colesterol Alto	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Escarlatina	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Válvula del corazón artificial	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Sangrado excesivo	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Ronchas o erupción cutánea	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Herpes	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Articulación artificial	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Sed excesiva	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Hipoglucemia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Enfermedad de células falciformes	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Asma	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Desmayos / vértigo	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Latido irregular del corazón	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Problemas del seno nasal	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Enfermedad arterial	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Tos frecuente	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Problemas de los riñones	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Espina Bífida	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Transusión de sangre	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Diarrea frecuente	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Leucemia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Enfermedad estomacal/intestinal	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Problemas respiratorio	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Dolores de cabeza frecuente	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Enfermedades del Hígado	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Ataque fulminante	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Cáncer	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Glaucomas	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Presión arterial baja	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Hinchazón de las extremidades	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Moretonescon facilidad	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Herpes Genital	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Enfermedad pulmonar	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Enfermedad de la Tiroides	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Quimioterapia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Fiebre del heno	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Prolapso de la válvula mitral	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Amigdalitis	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Dolores en el pecho	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Ataque/Falla del corazón	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Osteoporosis	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Tuberculosis	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Herpes labial/Fiebre Ampollas	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Soplo cardíaco	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Dolor en la articulación de la quijada	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Tumores o crecimientos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Cardiopatía congénita	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Marcapasos en el Corazón	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Enfermedad paratiroidea	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Úlceras	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Convulsiones	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Problemas/Enfermedad del corazón	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Atención Psiquiátrica	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Enfermedad venérea	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
						La ictericia amarilla	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Está bajo cuidado médico? SÍ NO

En caso afirmativo, favor explicar _____

¿Alguna vez ha sido hospitalizado o tenido alguna cirugía? SÍ NO

En caso afirmativo, favor explicar _____

¿Alguna vez ha sufrido algún accidente o lesión en la cabeza o cuello? SÍ NO

En caso afirmativo, favor explicar _____

Toma o ha tomado, Phen-Fen o Redux? SÍ NO

¿Actualmente está tomando o ha tomado alguna vez bifosfonatos o medicamentos para la osteoporosis? (Por ejemplo: Actonel, Boniva, Fosamax, Skelid, etc.) SÍ NO Nombre _____

¿Está haciendo alguna dieta especial? SÍ NO

¿Consume tabaco (fuma)? SÍ NO

¿Consume sustancias controladas o drogas? SÍ NO

¿Consume alcohol? SÍ NO En cada afirmativo, aproximadamente cuantos tragos por semana consume _____

Mujeres: ¿Está embarazada? SÍ NO

¿Esta lactando? SÍ NO ¿Está tomando anticonceptivos? SÍ NO

Favor indicar otros medicamentos o suplementos naturales/vitaminas que esté actualmente consumiendo y para qué propósito:

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

5. _____

6. _____

7. _____

8. _____

Es alérgico a cualquiera de los siguientes:

Anestésicos locales	NO	SÍ	Codeína, Valium u otros sedativos	NO	SÍ
Penicilina u otros antibióticos	NO	SÍ	Látex	NO	SÍ
Aspirina, Ibuprofeno, Tylenol	NO	SÍ	Metales	NO	SÍ
Otro (Favor especificar)					

Tratamiento dental

Favor de agregar sus iniciales para permitirnos completar su consulta inicial.

Radiografías panorámicas para empezar hoy ____ **iniciales**

Coleccionar información ____ **iniciales**

*** Si desea copias adicionales de las radiografías, habrá un costo adicional.**

Firma de Paciente/Tutor _____

Fecha _____

Certificación y Asignación

A lo mejor de mi conocimiento la información anterior es completa y correcta. Entiendo que la información anterior es necesaria para proveerme con el cuidado dental de una manera segura y eficiente, y que el proporcionar información incorrecta puede ser peligroso para mi (o del paciente) salud. Entiendo que es mi responsabilidad informar al médico si yo o mi hijo menor de edad, tiene algún cambio en la salud. Si mas informaciones se necesitará usted tiene mi permiso para pedir al proveedor o agencia de atención médica correspondiente, quien podrá proporcionar dicha información. Certifico que yo y mi dependiente (s), tengo cobertura de seguro con _____ y asigno directamente a **TopDental Fairfax PC** todos los beneficios del seguro, en su caso, de otro modo pagados a mí por los servicios prestados. Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos sean o no pagados por el seguro. Autorizo el uso de mi firma en todas las reclamaciones de seguros. El médico y las instalaciones antes mencionado pueden usar mi información de atención médica y pueden revelar dicha información a la compañía de seguros antes mencionado (s) y sus agentes con el fin de obtener el pago de servicios y la determinación de los beneficios del seguro o los beneficios pagaderos por servicios relacionados . Por la presente autorizo **TopDental Fairfax PC** a tomar modelos de estudio, rayos X, y cualesquiera otras ayudas diagnósticas consideradas apropiadas por el médico para hacer un diagnóstico exhaustivo de las necesidades dentales del paciente. También autorizo TopDental Práctica PC para realizar cualquiera y todas las formas de tratamiento, la medicación y la terapia que puedan ser indicadas, también entiendo que el uso de agentes anestésicos encarna un cierto riesgo.

Política Financiera

Al firmar a continuación están indicando que usted entiende lo siguiente: El pago es debido en la de prestación de los servicios de tiempo. Nuestra oficina acepta dinero en efectivo, cheques personales, Mastercard, Visa y Discover. Nuestra oficina también ofrece financiamiento externo bajo petición y aprobación por favor pregunte para más detalles. Autorizo a esta oficina para obtener una copia de mi informe de crédito de una agencia de informes de crédito con el fin de considerar las opciones de pago. Como cortesía a nuestros pacientes asegurados, vamos a presentar con mucho gusto sus reclamos dentales por los servicios prestados. Por favor, comprenda que sólo es una estimación de su cuidado dental, por tanto, sólo podemos pasar la estimación a usted, el paciente. Después de que su seguro paga su parte todavía puede haber una cantidad adeudada. Esta cantidad será su responsabilidad y será enviado a usted en la forma de una declaración. Entienda por favor que haremos nuestro mejor esfuerzo para obtener su seguro para pagar por todo el trabajo realizado por nuestra oficina, sin embargo la mayoría de los planes de seguros sólo pagan una parte de los servicios dentales. Por favor, entienda que si después de 60 días no ha habido ningún pago hecho es su responsabilidad de seguir con su seguro y retener el pago.

Firma _____ Fecha _____

Paciente, padre, tutor o representante personal

Firma del Médico _____ Fecha _____

Nombre _____ Edad _____ Fecha _____

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO HIPAA

Entiendo que tengo ciertos derechos de privacidad con respecto a mi información de salud que será protegida. Estos derechos se han dado a mí bajo la Portabilidad del Seguro de Salud y la Ley de Responsabilidad de 1996 (HIPAA). Entiendo que al firmar este formulario de consentimiento, autorizo a TopDental Fairfax PC para usar y discutir mi salud protegida

- El tratamiento (incluyendo el tratamiento directo o indirecto por otros profesionales de la salud involucrados en mi tratamiento)
- Obtener el pago de terceros pagadores (por ejemplo, la compañía de seguros)
- Operaciones cotidianas de la práctica (por ejemplo, correo electrónico / recordatorios de texto / confirmaciones de citas a través de servicios del internet)

También se me ha informado de, y dado el derecho de revisar una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad, la cual contiene una descripción más completa de los usos y revelaciones de mi información protegida de la salud y mis derechos bajo HIPAA. Entiendo que TopDental Practice PC se reserva el derecho de modificar los términos de este aviso de vez en cuando y que puedo comunicarme con usted en cualquier momento para obtener la copia más corriente de este aviso.

Yo entiendo que tengo el derecho de solicitar restricciones sobre cómo se utiliza mi información protegida y revelada para llevar a cabo operaciones de tratamiento, pago y atención médica, pero que no están obligados a aceptar estas restricciones. Sin embargo, si está de acuerdo, entonces usted está obligado a cumplir con estas restricciones.

Entiendo que puedo revocar este consentimiento, por escrito, en cualquier momento. Sin embargo, cualquier uso o divulgación que se ha producido con anterioridad a la fecha de revocar, este consentimiento no será afectado.

Firmado el _____ día de _____, 20____

Nombre del Paciente impreso _____

Firma _____

Relación al paciente _____