



DR. DEMETRIO M. GONZALEZ, DDS

WWW.GONZALEZFAMILYDENTISTRY.COM

Tel: 361-985-7422

729 EVERHART RD.
CORPUS CHRISTI, TX 78411

INFORMACION DEL PACIENTE

Fecha:
Nombre del Paciente:
APELLIDO PRIMER NOMBRE SEGUNDO NOMBRE APODO
MASCULINO FEMENINA SOLTERA/O CASADA/O

FECHA DE NACIMIENTO:
NUMERO DE SEGURO SOCIAL:
*SI EL PACIENTE ES SU HIJO/A, NOMBRE DE PADRES O TUTOR:

Direccio:
DIRECCION LINEA 1 DIRECCION LINEA 2
CIUDAD ESTADO CODIGO POSTAL
TEL CASA: TEL MOBILE:
Correo electronico:
¿Como escucho de nuestra oficina?:

INFORMACION EN CASO DE UNA EMERGENCIA

En caso de una emergencia, por favor de proporcionar la información del pariente mas cercano o señalado como no viviendo en la misma dirección que el paciente:
Tel:
NOMBRE RELACION AL PACIENTE

INFORMACION DEL EMPLEADOR (SI ES UN MENOR DEJAR EN BLANCO)

Empleador: Ocupacion:
Direccion: Tel:
CIUDAD ESTADO CODIGO POSTAL
E-Mail:

INFORMACION DEL SEGURO DENTAL (SI ES DIFERENTE A LO QUE YA TENEMOS)

Suscriptor:
Fecha de nacimiento: Numero de SS:
Nombre del empleador:
Relacion al paciente: MISMO ESPOSO/A HIJO/A OTHER
COMPANIA PRINCIPAL DE SEGURO:
#de polica.:
Direccion: TEL: FAX:
CIUDAD ESTADO CODIGO POSTAL



DR. DEMETRIO M. GONZALEZ, DDS

WWW.GONZALEZFAMILYDENTISTRY.COM

Tel: 361-985-7422

729 EVERHART RD.
CORPUS CHRISTI, TX 78411

INFORMACION DEL DENTISTA ANTERIOR DEL PACIENTE

Nombre del dentista: _____ Tel: _____

Razon por el cambio: _____

DENTAL HISTORY

Fecha de ultima visita dental: _____ Tipo de tratamiento: _____

S N Mal aliento
S N Sangrado de encias
S N Dientes flojos o empastes rotos

S N Se le acumula comida entre los dientes
S N Rechinar o apretar los dientes
S N Enfermedad periodontal

S N Sensibilidad a cosas dulces
S N Sensibilidad al masticar
S N Llagas o crecimientos en la boca
S N Sensibilidad a lo frio/caliente

¿Qué tan frecuente se cepilla sus dientes?

INFORMACION DEL DOCTOR GENERAL DEL PACIENTE

Nombre del doctor: _____ Tel: _____

Nombre de la clinica: _____

HISTORIAL MEDICO

SALUD GENERAL: EXCELENTE BUENA JUSTA MALA

S N ¿Está bajo el cuidado de un médico ahora por alguna enfermedad severa?
S N ¿Alguna hospitalización en los últimos 5 años? _____
S N Alguna enfermedad grave/o a tenido alguna cirugía? _____
S N **¿Usted necesita medicamento antes de visitas al dentista debido a la condición del corazón o articulaciones artificiales?**
S N ¿Está tomando algún medicamento? *Si, indique los medicamentos en la sección de medicamentos.*

PACIENTES: S N Actualmente amamantando? S N Esta embarazada?
FEMENINAS: S N Esta tomando anticonceptivos? Si, cuando se alivia?: _____

PACIENTES: ¿USTED TIENE O ALGUNA VEZ HA TENIDO CUALQUIERA DE LAS SIGUIENTES? (MARQUE TODAS LAS QUE APLIQUEN):

NINGUNO

<input type="checkbox"/> REFLUJO ACIDO	<input type="checkbox"/> BULIMIA	<input type="checkbox"/> PROBLEMAS DE AUDICION	<input type="checkbox"/> TRATAMIENTO PSIQUIATRICO
<input type="checkbox"/> ADHD	<input type="checkbox"/> CANCER	<input type="checkbox"/> ATAQUE DE CORAZON	<input type="checkbox"/> RADIACION/QUIMOTERAPIA
<input type="checkbox"/> VIH/SIDA	<input type="checkbox"/> PARALISIS CEREBRAL	<input type="checkbox"/> ENFERMEDADES DEL CORAZON	<input type="checkbox"/> PROBLEMAS RESPIRATORIOS
<input type="checkbox"/> ANEMIA	<input type="checkbox"/> DEPENDENCIA DE SUSTANCIAS QUIMICAS	<input type="checkbox"/> SOPLO CARDIACO	<input type="checkbox"/> FIEBRE REUMATICA
<input type="checkbox"/> ANOREXIA	<input type="checkbox"/> VARICELA	<input type="checkbox"/> HEPATITIS(A, B, C)	<input type="checkbox"/> ACCIDENTE CEREBROVASCULAR
<input type="checkbox"/> ANSIEDAD	<input type="checkbox"/> CONVULSIONES	<input type="checkbox"/> PRECION ALTA	<input type="checkbox"/> PROBLEMA DE TIROIDES
<input type="checkbox"/> VALVULA ARTIFICIAL DEL CORAZON	<input type="checkbox"/> DEPRESION	<input type="checkbox"/> ENFERMEDAD DE RIÑON	<input type="checkbox"/> ULCERAS
<input type="checkbox"/> ARTICULACIONES ARTIFICIALES	<input type="checkbox"/> DIABETES	<input type="checkbox"/> PROBLEMAS DE HIGADO	<input type="checkbox"/> TUBERCULOSIS
<input type="checkbox"/> ARTRITIS	<input type="checkbox"/> MAREOS/DESMAYOS	<input type="checkbox"/> PROLAPSO DE VALVULA MITRAL	<input type="checkbox"/> ENFERMEDAD VENEREA
<input type="checkbox"/> ASMA	<input type="checkbox"/> EPILEPSIA/CONVULSIONES	<input type="checkbox"/> MONONUCLEOSIS	
<input type="checkbox"/> AUTISMO	<input type="checkbox"/> INFECCIONES DE OIDO FRECUENTES	<input type="checkbox"/> MARCAPASOS	
<input type="checkbox"/> DESORDEN DE LA SANGRE	<input type="checkbox"/> DOLOR DE CABEZA FRECUENTES	<input type="checkbox"/> OTRO: _____	

Guías Financieras

Seguro:

Aceptamos la mayoría de los principales seguros dentales; sin embargo, no somos un proveedor dentro de la red. Lo que significa que puede pagar un poco más de lo que pagaría si acudiera a un proveedor dentro de la red; sin embargo, esta alternativa nos permite utilizar los mejores materiales disponibles y asignar suficiente tiempo para brindar la mejor atención posible. En muchos casos, es posible que tenga un reembolso del seguro; revise los detalles de su plan. En ocasiones, el seguro puede enviar un cheque de pago al suscriptor en lugar de a nosotros.

*Aceptamos Medicaid y CHIP (solo para niños menores de 21 años)

***Ningún presupuesto es garantía de pago. Por favor, comprenda que usted es responsable de todos los cargos no pagados por su seguro.**

*Los menores de edad deben estar acompañados por un padre, tutor legal o alguien mayor de 18 años

Pagos:

-La porción del paciente o el copago del paciente se debe pagar cuando se prestan los servicios. Si usted no puede pagar por su tratamiento dental, su cita tendrá que ser reprogramada.

-Información de pago:

-Se aceptan todas las principales tarjetas de crédito (Visa, MasterCard, Discover)

-Efectivo, Cheques Personl (Menos de \$150 SOLAMENTE)

-Financiación disponible:

-LendingClub

-Financiación en la oficina*

-CareCredit

*Se aplican restricciones de financiamiento internos. El personal principal discutirá la información con el paciente/padre/tutor.

Firma: _____

Fecha: _____

Póliza para citas CANCELADAS O NO PRESENTARCE

Si no puede asistir a su cita como está programado, notifique a nuestra oficina tan pronto como sea posible. Si desea cancelar o reprogramar su cita, debe haber un aviso de 24-hrs. Si su cita es cancelada o reprogramada el día de su cita o no se presenta, una tarifa por cancelar/no presentarse/o reprogramar que debe ser pagada antes de cualquier cita en la cantidad de **\$50.00**. Proporcionamos un período de gracia después de la hora de su cita de **10 minutos**. Si llega al **minuto 10** de su cita programada, tenemos el derecho de reprogramar su cita. Si el paciente tiene Medicaid o CHIP con DentaQuest o MCNA, se notifica al seguro sobre cualquier cita perdida. Si hay más de 3 citas perdidas, el seguro eliminará al paciente de nuestra lista. Esto significa que ya no podremos ver al paciente en nuestra oficina.

Firma: _____

Fecha: _____