



# Schuyler Family Dentistry, P.C.

1325 North Pacific Highway, Woodburn, Oregon 97071.  
www.schuylerfamilydentistry.com  
503-982-5315

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_  
Domicilio: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Zona Postal: \_\_\_\_\_  
Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_  
Teléfono de Casa: \_\_\_\_\_ Teléfono Celular: \_\_\_\_\_

## **Persona Responsable (Si el Paciente es menor de edad)**

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_  
Teléfono: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

## **Persona de contacto en Caso de Urgencia**

Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

## **¿Cómo encontró nuestro consultorio?**

Amigo/a: \_\_\_ Pariente: \_\_\_ Dentista: \_\_\_ Medico: \_\_\_ Internet: \_\_\_ Salud: \_\_\_  
Cupón: \_\_\_ Otro: \_\_\_\_\_

## **SI TIENE SEGURO DENTAL PORFAVOR INFORMENOS**

Nombre del Asegurador: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_  
Empleador: \_\_\_\_\_ Nombre del Seguro: \_\_\_\_\_  
ID del Miembro: \_\_\_\_\_ Numero del Grupo: \_\_\_\_\_

## **Quisiera Recibir Recordatorios por email/Mensajes de textos (¿para confirmar citas?)**

SI a Mensajes: \_\_\_ SI a Email: \_\_\_ Email: \_\_\_\_\_ NO: \_\_\_

Patient Name:

Birth Date:

Date Created:

Aunque el personal dental principalmente tratan el área y alrededor de su boca, su boca es una parte de su cuerpo. Los problemas de salud que pueda tener, o medicamentos que esté tomando, podrían tener una importante relación con la odontología que usted recibirá. Gracias por contestar las siguientes preguntas.

¿Está usted bajo el cuidado de un médico ahora? En caso afirmativo, favor de explicar:  Yes  No If yes

¿Alguna vez ha sido hospitalizado o tenido una operación mayor? En caso afirmativo, favor de explicar:  Yes  No If yes

¿Ha tenido alguna vez una lesión grave en la cabeza o en el cuello? En caso afirmativo, favor de explicar:  Yes  No If yes

¿Está usted tomando algún medicamento, pastillas, o drogas? En caso afirmativo, favor de explicar:  Yes  No If yes

¿Toma o ha tomado, Phen-Fen o Redux? En caso afirmativo, favor de explicar:  Yes  No If yes

¿Alguna vez a tomado Foxamax, Boniva, Actonel, o cualquier otro medicamento que contenga bifosfonatos? En caso afirmativo, favor de explicar:  Yes  No If yes

¿Esta usted en una dieta especial? En caso afirmativo, favor de explicar:  Yes  No If yes

¿Usa tabaco? En caso afirmativo, favor de explicar:  Yes  No If yes

¿Usted usa sustancias controladas? En caso afirmativo, favor de explicar:  Yes  No If yes

Mujeres: ¿Está usted?

Embarazada o tratando de quedar embarazada?  Esta amamantando?  Toma anticonceptivos orales?

Es usted alérgico a cualquiera de los siguiente?

Aspirina  Penicilina  Codeina  Acrílico  
 Metálico  Látex  Sulfamida  Anestésicos locales

¿Otros? En caso afirmativo, sírvase explicar:  If yes

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

SIDA/HIV Positivo <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	Cortisona <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	Hemofilia <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	Tratamiento con radiación <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No
Enfermedad de Alzheimer's <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	Diabetes <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	Hepatitis A <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	Pérdida de peso reciente <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No
Anafilaxia <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	Drogadicción <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	Hepatitis B or C <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	Diálisis renal <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No
Anemia <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	Fácilmente pierde el aliento <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	Herpes <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	Fiebre reumática <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No
Angina <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	Enfisema <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	Presión arterial alta <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	Reumatismo <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No
Artritis/Gota <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	Epilepsia o convulsiones <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	Colesterol alto <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	Escarlatina <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No
Válvula del corazón artificial <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	Sangrado excesivo <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	Ronchas o erupción cutánea <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	Guijirro <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No
Articulación artificial <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	Sed excesiva <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	Hipoglucemia <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	Enfermedad de células falciformes <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No
Asma <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	Desmayos/vértigo <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	Ladrido irregular del corazón <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	Problemas del seno nasal <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No
Enfermedad arterial <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	Tos frecuente <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	Problemas de los riñones <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	Espina Bífida <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No
Transfusión de sangre <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	Diarrea frecuente <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	Leucemia <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	Enfermedad estomachal/intestinal <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No
Problema respiratorio <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	Dolores de cabeza frecuente <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	Embolismo cerebral <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	Moretones con facilidad <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No
Herpes genitales <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	Presión arterial baja <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	Hinchazón de las extremidades <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	Cáncer <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No
Glaucomas <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	Enfermedad pulmonar <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	Enfermedad de la tiroides <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	Quimioterapia <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No
Fiebre del heno <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	Prolapso de la válvula mitral <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	Amigdalitis <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	Dolores en el pecho <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No
Ataque/Falla del corazón <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	Osteoporosis <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	Tuberculosis <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	Herpes labial/Fiebre ampollas <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No
Soplo cardíaco <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	dolor en la articulación de la quijada <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	Tumores o crecimientos <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	Cardiopatía congénita <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No
Marcapasos en el corazón <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	Enfermedad paratiroidea <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	Úlceras <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	Convulsiones <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No
Problemas/Enfermedad del corazón <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	Atención psiquiátrica <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	Enfermedad venérea <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	La ictericia amarilla <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No
Enfermedades del hígado <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No			

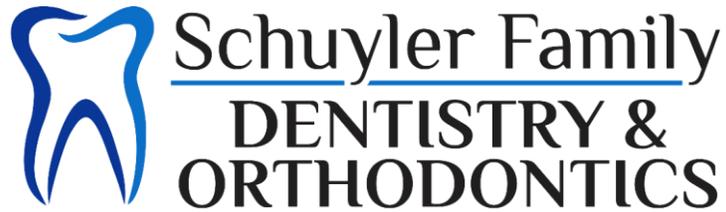
¿Ha tenido alguna enfermedad grave que no figura en la lista de arriba? En caso afirmativo, sírvase explicar:  Yes  No If yes

Comentarios:

En lo mejor de mi conocimiento, las preguntas de este cuestionario se han contestado correctamente. Entiendo que el proporcionar información incorrecta puede ser peligroso para mi salud (o del paciente). Es mi responsabilidad informar a la oficina dental de cualquier cambio en el estado médico.

Signature of Firma del paciente, padre or tutor:

X \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_



### **Póliza Financiera Para Pacientes**

En Schuyler Family Dentistry nuestra responsabilidad primaria es ayudar a nuestros pacientes obtener buena salud oral. En el interés de la práctica y el buen estar del paciente, nuestra oficina ha estabilizado una póliza de crédito para ayudar a nuestros pacientes entender su responsabilidad financiera además de recibir cuidado óptimo.

1. Todas cuentas son debidas al tiempo de su visita, a menos que ha hecho arreglos con nuestra oficina. En cuentas que tienen arreglos de pago, el pago esta debido cuando recibe la factura mensual. Cualquier cuenta que es tarde 30 días o más va acumular interés.
2. Las opciones de pago son: Dinero en efectivo, cheque, Visa, MasterCard, Discover, American Express o CareCredit.
3. Cobramos seguros dentales como una cortesía a nuestros pacientes. A un que tenga un reclamo de seguro pendiente va a recibir una factura mensual que enseña el balance de su cuenta. No podemos aceptar responsabilidad por colectar un reclamo de seguro después de 90 días o por negociando un reclame discutido. Reembolso por sus servicios es un contrato entre usted y su seguro dental. Últimamente, el paciente es responsable por el pago en su cuenta.
4. **SE COBRARAN \$60.00 CUANDO NO SE PRESENTAN A SUS CITAS O SI CANCELA SIN DARNOS 24 HORAS DE ANTICIPACION.**
5. Yo he leído la póliza de pagos y entiendo que a pesar de tener seguro dental, yo soy responsable por los pagos de mi cuenta. Yo entiendo que cuentas delincuentes pueden ser asignadas a una agencia de colección y puedo ser cobrado un recargo de \$50. A de más, si se hace necesario de efectuar colecciones de cualquier cantidad debido en esta o subsiguiente citas, el suscrito está de acuerdo de pagar todos costos y gastos, incluyendo cargos de abogado. Yo autorizo el doctor para compartir información necesaria para asegurar pago.

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_

Firma del encargado de la cuenta: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_