

**TURNER AVE DENTAL CENTER**  
**Dr Cesar Otero**  
**INFORMACION GENERAL**

Bienvenidos! Por favor completar los dos lados de esta forma dental/medical historial para poder proveerle con la mayor atencion dental possible.

**Toda la informacion es completamente confidencial.**

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ SS# \_\_\_\_\_

Direccion \_\_\_\_\_ Apt# \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Codigo postal \_\_\_\_\_

Tel. de casa \_\_\_\_\_ Celular # \_\_\_\_\_

Nombre Empleador \_\_\_\_\_ # De Trabajo \_\_\_\_\_

Si el paciente es menor de edad nombre de padres o guardian \_\_\_\_\_

En caso de emergencia llamar a:

Nombre \_\_\_\_\_ Tel \_\_\_\_\_ Relacion con patients \_\_\_\_\_

Como supo de nuestra officinal persona quien lo refirio Nombre \_\_\_\_\_

**HISTORIA MEDICA**

Nombre de su doctor general \_\_\_\_\_ Esta bajo tratamiento medico ahora? Si-No

Si respondio que si a la pregunta escriba la razon: \_\_\_\_\_

Direccion de su doctor \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Codigo postal \_\_\_\_\_

Telefono de su doctor \_\_\_\_\_

**Mujeres:** Estas embarazada? Si No Esta tomando pastillas anticonceptivas? Si No

Debe usted tomar algun medicamento antes de ir al dentista? Si No

Padece usted de algun de las siguientes enfermedades? (circule lo que aplique Si O No)

Si	no	Colesterol	Si	no	Problemas de rinon
Si	no	Problemas del carazon	Si	no	Fiebre reumatica
Si	no	Epilepsia	Si	no	Diabetes
Si	no	Asma	Si	no	Hepatitis
Si	no	Problemas digestivo	Si	no	Tuberculosis
Si	no	Tiroides	Si	no	Enfermedades Venereas
Si	no	Cancer /Quimoterapia	Si	no	HIV +/- SIDA
Si	no	Problemas de drogas/ alcohol	Si	no	Pression alta/baja
Si	no	Problemas emocionales	Si	no	Depression
Si	no	Valvula artifial en el corazon	Si	no	Alguna coloturura o huezo artificioal
Si	no	Artritis	Si	no	Problemas psyquiatico

Esta tomando algun medicamento ? Si no Por favor eceibe los nombres \_\_\_\_\_

Es alergic a algun medicamento como; Penicilina, aspirina, Codeina, Eritromicina, Anestesia local, algun alimento, metal o plastico.  
Algun otro no meciando aqua por favor escriba; \_\_\_\_\_

Escriba alguna otra informacion medica que usted crea sea necesario saber para su tratamiento;

\_\_\_\_\_

Cual es la razon de su visita el dia de hoy? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Fecha de la ultima visita Dental? \_\_\_\_\_ Ultima limpieza Dental \_\_\_\_\_ Ultimo Set de radiografias \_\_\_\_\_

Que se le hizo en la ultima visita Dental? \_\_\_\_\_

Nombre del Dentista previo \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_

Direccion \_\_\_\_\_ Stado \_\_\_\_\_ zip \_\_\_\_\_

Cada cuanto tiene examines dentales? \_\_\_\_\_

Cada cuanto se lava sus dientes? \_\_\_\_\_ cada cuanto usa el hilo dental? \_\_\_\_\_

A usado or esta usando fluoruro? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Que otro metodo para limpieza usa (interplak,palillo,etc)?

Tiene cualquier otro problema dental ahora? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Si asi es describe: \_\_\_\_\_

**Nuestra poliza de la oficina**

Coronas, puentes, dentaduras/parciales son garantizadas por 5 anos

Rellenos/resinas estan garantizadas for 36 meses

Tratamiento de nervio (Rct) 3 anos

Si pasa de ese tiempo se tendra que re hacer el tratamiento y un Nuevo cobro aplicara. Iniciales \_\_\_\_\_

**AUTORIZACION**

Si por cualquier razon el seguro dental no paga los servios del doctor usted se hace responsable de pagar el balance. Yo certifico que he contestado correctamente segun mi conosimiento, todas las preguntas acerca de mi condicion medica . Yo estoy de acuerdo y doy Autorizacion a caulquier procedimiento como radiografias y examen dental necesario para un diagnostico y tratamiento recomendado Tambien autorizo a turner ave dental center que haga una revision de credito rutinaria, en el caso para darme un plan de pago. El paciente es responsable de pagar \$ 20 dolares si falta a su cita sin cancelar con 24 horas de anticipation, Pacientes con medicaid, si faltan mas de dos citas se les negara servicio. Cualquir pago que tenga mas de 90 dias de atraso, sera mandado a coleccion y sele cobrara el costo de la agencia de coleccion.

\_\_\_\_\_  
Patient/Parent/Guardian Signature

\_\_\_\_\_  
Date

**Dr. Otero, D.D.S**  
**Georgetown Sq. Dental Center**  
**(847)228-0120**

**FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DE MENSAJES DE TEXTO**

Nos complace ofrecer a nuestros pacientes la opción de participar en nuestro sistema de comunicación de texto con el paciente. Recibirá un recordatorio de la cita de cortesía un día antes de su cita.

- Doy mi consentimiento para recibir recordatorios de citas por mensaje de texto. Entiendo que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento.
- Doy consentimiento para recibir Comentarios de google y anuncios en mensajes de texto.

Numero de celular: \_\_\_\_\_

Firme a continuación para indicar que acepta permitirnos utilizar esta información para proporcionar nuestros servicios. Puede optar por suspender su participación en nuestro sistema de comunicaciones de texto en cualquier momento, simplemente notifiquenos.

Nombre impreso: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_