

UNION FAMILY DENTAL CLINIC

NOMBRE DE PACIENTE: _____ SEXO: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____ NUMERO DE SOCIAL: _____

NOMBRE PREFERIDO: _____ NUMERO DE TELEFONO: (CASA): _____ (CELL): _____ (TRABAJO): _____

DIRECTION: _____ APT#: _____ CIUDAD: _____ ESTADO: _____ CODIGO POSTAL: _____

PADRE/ESPOSA/O: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____ CORREO ELECTRONICO: _____

EN CASO DE EMERGENCIA, QUIEN SERIA NOTIFICADO, APARTE DE LOS PADRES O ESPOSA/O? _____ NUMERO DE TELEFONO: _____

A QUIEN TENDRIAMOS EL PLACER DE AGRADECER POR SU REFERENCIA? _____

MUJERES: ESTAS EMBARASADA O TRATADO DE QUEDAR EMBARASADA? _____ SI ES ASI, FECHA DE DAR A LUZ: _____ ESTA AMAMANTANDO? _____

NOMBRE DE DOCTOR DE OB/GYN: _____ NUMERO DE TELEFONO: _____ ESTA TOMANDO ANTICONCEPTIVOS ORALES? _____

LISTA DE SUS MEDICAMENTOS, LAS RAZONES, DOSIS Y FRECUENCIAS (USE OTRA PAGINA APARTE SI SE NECESITA) _____

A TENIDO CIRUGIA MAJOR O A ESTADO HOSPITALIZADO EN LOS ULTIMOS CINCO ANOS? _____ RAZON/FECHA: _____

ALGUNA VEZ A TENIDO LISIONES GRAVES EN LA CABEZA O CUELLO? _____

ESTA USTED BAJO CUIDADO MEDICO?: _____ SI ES ASI, POR FAVOR EXPLIQUE: _____

NOMBRE DEL MEDICO/NUMERO DE TELEFONO: _____ FECHA DEL ULTIMO EXAM FISICO: _____

Es alergico alguno de los siguientes? ASPIRINA: _____ PENICILINA: _____ CODENIA: _____ LATEX: _____

SULFAMIDA: _____ ANESTESICOS LOCALES: _____ ACRILICO: _____ COMIDA/OTRAS ALERGIAS: <explique> _____

El paciente tiene o a tenido alguna vez, cualquiera de los siguientes? _____ EL PACIENTE USA PRODUCTOS DE TOBACCO? SI NO

	SI	NO	CORTISONA	SI	NO	HEMOFILIA	SI	NO	TRATAMIENTO DE RADIACION	SI	NO
SIDA/ HIV POSITIVO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ALZHEIMER'S	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DIABETES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	HEPATITIS A	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	PERDIDA DE PESO RECIENTE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ANAFILAXIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DROGADICCION	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	HEPATITIS B o C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DIALISIS RENAL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ANEMIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	FACILMENTE PIERDE EL			HERPES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	FIEBRE REAUMATICA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ANGINA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ALIENTO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	PRESION ALTA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	REUMATISMO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ARTRITIS/GOTA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ENFISEMA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	COLESTEROL ALTO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ESCARLATINA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
VALVULA DE			EPILEPSIA/CONVULSION	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	RONCHAS/ERUPCION			HERPES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CORAZON ARTIFICIAL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SANGRANDO EXCESSIVO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	CUTANEA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ENFERMEDAD DE CELULAS		
VALVULA DE			SED EXCESSIVA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	HIPOGLUCEMIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	FALCIFORMES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ARTIFICIAL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DESMAYOS/VERTIGO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	LATIDO IRREGULAR			PROBLEMAS DEL SENO NASAL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ASMA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	TOS FRECUENTE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DEL CORAZON	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ESPINA BIFIDA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ENFERMEDAD ARTERIAL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DIARREA FRECUENTE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	IRREGULAR HEARTBEAT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ENFERMEDAD		
TRANSFUCION DE			DOLORES DE			PROBLEMAS DE			ESTOMACAL/INTESTINAL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SANGRE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	CABEZA FRECUENTE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	LOS RINONES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ATAQUE FULMINANTE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PROBLEMAS			GLAUCOMAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	LEUCEMIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	HINCHAZON DE LAS EXTAMIDADES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
RESPIRATORIO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	HERPES GENITAL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ENFERMO DEL HIGADO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ENFERMEDAD DE TIROIDES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MORETONESCON			FIEBRE DEL HENO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	PRECION BAJA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	AMIGDALITIS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
FACILIDAD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ATAQUE/FALLA			ENFERMEDAD			TUBERCULOSIS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CANCER	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DEL CORAZON	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	PULMONAR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	TUMORES/CRECIMIENTOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CHIMIOTERAPIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SOPLO CARDIACO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	PROLAPSO DE LA			ULCERAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DOLORES DEL PECHO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	MARCA PASOS			VALVULA MITRAL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ENFERMEDAD VENEREA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HERPES LABIAL/FIEBRE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	EN EL CORAZON	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	OSTEOPOROSIS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	LA ICTERICIA AMARILLA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CONGENITA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	PROBLEMAS O	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	PARATIROIDEA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
CONVULSIONES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ENFERMEDAD DEL CORAZON			ATENCION PSIQUIATRICA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

El paciente ha tenido alguna vez o ha tenido alguna enfermedad gravado mencionas anteriormente? ? Si No Si es asi por favor explique: _____

INFORMATIONAL ADDITIONAL/COMENTARIOS: _____

EN LO MEJOR DE MI CONOCIMIENTO, LAS PREGUNTAS DE ESTE CUESIONARIO SE HAN CONTESTADO CORRECTAMENTE. ENTIENDO QUE EL PROPORCIONAR INFORMATION INCORRECTA PUEDE SER PELIGRO PARA MI SALUD (O EL PACIENTE). ES MI RESPONSABILIDAD INFORMAR LA OFFICINA DENTAL DE CUALQUIER CAMBIO EN EL ESTADO MEDICO.

FIRMA DEL PACIENTE, PADRE O TUTOR: _____ FECHA: _____

UNION FAMILY DENTAL CLINIC

PUBLICACION DE TRATAMIENTO DENTAL

Yo autorizo a Union Family Dental Clinic a publicar cualquier tratamiento dental completado o a ser completado a las personas nombradas en la lista de abajo.

Firma

Nombre en Letra de Molde

Fecha

Nombre: _____

Numero de Telefono: _____

Relacion con Usted: _____

Nombre: _____

Numero de Telefono: _____

Relacion con Usted: _____

Nombre: _____

Numero de Telefono: _____

Relacion con Usted: _____

UNION FAMILY DENTAL CLINIC

REGULACIONES DE LAS CITAS PARA LOS PACIENTES

Nosotros en **UNION FAMILY DENTAL CLINIC (UFDC)** Creemos que las mejores relaciones estan basadas en el respeto mutuo. Nosotros creemos que su tiempo es valioso y debe ser respetado. Nos esforzamos por mantener nuestro horario organizado y a tiempo para minimisar el tiempo de espera mientras maximizamos su tiempo aqui. Por lo tanto le solicitamos que usted lea y este de acuerdo con las regulaciones de los pacientes indicadas a continuacion.

CANCELACIONES: UFDC **require un aviso de 24 horas para cualquier cancelacion.** Nosotros sabemos y entendemos que las emergencias suceden y las revisaremos caso por caso. **Las cancelaciones hechas fuera del periodo de 24 horas seran consideradas como citas a las que usted falto..**

FALTAS: A continuacion se muestra la falta a las regulaciones

1. PRIMERA FALTA

La cita sera reprogramada

2. SEGUNDA FALTA (Dentro de un periodo de 12 meses)

La cita sera reprogramada pero se le requerira que usted **confirme la cita** o esta sera reprogramada y usted perdera el tiempo de esta cita.

Si usted déja un mensaje, usted debe llamar de nuevo para confirmar.

3. TERCERA FALTA (dentro de un period de 12 meses)

La cita no sera reprogramada y usted sera visto **“BASADO EN UN PROGRAMA DE ESPERA SOLAMENTE”**. Usted sera visto en UFDC, pero **no se le garantizara un espacio**. Si usted llega a tiempo a 3 citas en el programa de espera, usted podra volver al horario normal de citas y se le garantizara el tiempo para una cita .

HORARIO DE CITAS: UFDC

Se le dara un period de gracia de 10 minutos para llegar a su cita. DESPUES de 10 MINUTOS, su cita puede ser reprogramada basado en el tiempo disponible para las citas y dependiendo de la razon por la demora. Nosotros en UFDC nos esforzamos mucho por mantenernos en el horario programado de citas y asi no tomar su tiempo y apreciamos que usted haga lo mismo con nuestro tiempo. **La oficina hará dos (2) intentos dentro de 48 horas para contactarlo para confirmar su cita.**

Desafortunadamente, si no podemos contactarlo, tendremos que mover su cita a nuestra lista de espera.

Firma: _____

Fecha: _____