

Payment Information/ Información de Pagos

Who is responsible for this account?/¿Quién es responsable por la cuenta?

Employer/Empleador: _____
Insurance Company/ Compañía de Seguro: _____
Subscriber DOB/Fecha de nacimiento del empleado con seguro: ____/____/____
Subscriber's name/Nombre del empleado: _____ día mes año
Is the minor listed above covered by this insurance?/ Está cubierto el niño por este seguro? Yes/Sí No

Medical History/ Historia Médica

1. Are you in good health? ¿Está de Buena salud? Sí No
2. Has there been any change in your general health in the last year?
¿Ha habido algún cambio de salud durante el año pasado? Sí No
3. My last physical examination by a doctor was on/
Mi ultimo examen por medico fue _____
4. Are you now under the care of a physician?/ ¿Recibe tratamiento de algún medico ahora? Sí No
If so, for what condition?/ En este caso, ¿cuál es su condición?

5. The name, address, and phone number of my physician is/
El nombre, la dirección, y el teléfono de mi medico es:

6. Have you had any serious illness, operation, or been in the hospital in the past 5 years? / ¿Ha pasado por una enfermedad seria, cirugía, o ha estado en el hospital durante los últimos 5 años? Sí No
7. Are you taking any medicine(s) including non-prescription medicine?
¿Toma Ud. algún medicamento inclusive remedios caseros o medicina que no requiere receta por el médico? Sí No
If so, what? / ¿Qué medicina toma? _____
8. Have you ever had any treatment for a tumor or growth?
¿Ha tenido algún tratamiento para tumores u otra abnormalidad? Sí No
If so, specify, include dates/ Específicamente, ¿qué y cuándo?

9. Have you had any serious trouble associated with dental treatment?/
¿Ha tenido serios problemas asociados con el tratamiento dental? Sí No
If so, explain/ Si es sí, explique: _____
10. Are you wearing contact lenses/ ¿Lleva Ud. lentes de contacto? Sí No
11. Are you wearing removable dental appliances?/ ¿Lleva Ud. postizas u otro aparato dental que sea quitable? Sí No
12. Are you pregnant? ¿Está embarazada? Sí No
13. Do you have any problems associated with your menstrual cycle?/

- | | | |
|---|----|----|
| ¿Tiene algún problema asociado con el ciclo menstrual? | Sí | No |
| 14. Are you nursing?/ ¿Le da el pecho al bebé? | Sí | No |
| 15. Are you taking birth control pills or Norplant?/
¿Toma contraceptivos o Norplant? | Sí | No |
| 16. Chief Dental Complaint/ Principal Queja Dental: | | |
| <hr/> | | |
| 17. When was your last dental exam?/
¿Cuándo le examinó el dentista la última vez?
Month and Year/ Mes y Año: _____ | | |

The Heart

Damaged Heart Valves – Daño a las válvulas cardíacas
Artificial Heart Valves -- Artificial Válvula cardíaca
Heart Murmur – Murmullo de corazón
Rheumatic Heart Disease- enfermedad reumática
Cardiovascular Disease – enfermedad cardíaca
Heart Trouble – problemas cardíacos
Heart Attack – ataque cardíaco
Angina - Angina
Coronary Insufficiency – insuficiencia coronaria
Coronary Occlusion - oclusión coronaria
High Blood Pressure – alta presión arterial
Low Blood Pressure - baja presión arterial
Arteriosclerosis - arteriosclerosis
Stroke - infarto
Swollen Ankles – tobillos hinchados
Chest Pain Upon Exertion – dolor en el pecho con actividad
Inborn Heart Defects – defectos coronarios al nacer
Shortness of Breath when lying down or upon mild exertion – dificultad al respirar (sin actividad o con poca actividad)
Cardiac Pacemaker – Máquina instalada que hace palpar al corazón a través de corriente eléctrica
Other – otras condiciones

OTHER

Cancer - cáncer
Sinus Trouble –sinusitis
Asthma or Hay Fever - asma o fiebre de heno
Fainting or Seizures – Desmayo o ataques de epilepsia
Persistent Diarrhea – diarrea persistente
Persistent Weight Loss – persistente rebajo de peso
Diabetes - diabetes
Hepatitis - hepatitis
Jaundice - ictericia
Liver Disease – enfermedad del hígado
AIDS or HIV --- SIDA o VIH
Thyroid Problems – problemas del tiroide
Respiratory Problems – problemas al respirar
Emphysema - emfisema
Bronchitis - bronquitis
Arthritis - artritis
Stomach Ulcer or Hyperactivity – úlcera del estómago o hiperactividad
Kidney trouble – problemas renales

Tuberculosis - tuberculosis

Persistent Cough or blood producing cough – toz persistente o toz que produce sangre

Persistent Swollen Glands in Neck – Glándulas persistentemente hinchadas en el cuello

Sexually Transmitted Disease – enfermedad transmitida sexualmente

Epilepsy - epilepsia

Neurological Disease – enfermedad neurológica Specify/ ¿Cuál? _____

Mental Health Problems – problemas de salud mental

Immune System Problems – problemas del sistema inmuno

Artificial Joint/Replacement Joints – articulaciones artificiales

Blood Transfusion -- transfusión de sangre Date/Fecha: _____

Anemia or Abnormal Bleeding - Anemia o sangrado abnormal

Blood Disorder – Enfermedad de sangre

ALLERGIES

Local Anesthetics – Anestesia local

Barbituates or Sedatives – Barbitúricos o Calmantes

Sulfa Drugs – Sulfonamidas

Aspirin - aspirina

Iodine - Yodo

Codeine or Other narcotics – Codeína u otros narcóticos

Penicillin or other Antibiotics – Penicilina u otros antibióticos

Other – Otra

Commitment to Pay – Acuerdo para Pagos

En el caso de que el paciente o el tutor legal tiene cobertura de seguro dental, será la única responsabilidad del paciente/tutor legal de obtener la información de los beneficios de la compañía de seguros para el tratamiento proveído al paciente. Todo empleado de la dentista J Keller Vernon, DDS LTD, no tendrá ninguna responsabilidad por falta de información médica – sea de omitir la información y/o información incorrecta. El paciente/tutor legal es responsable por todos los saldos que queden después del pago final de la compañía de seguros. El paciente/tutor legal es responsable por todos los gastos asociados con el cobro. Habrá un adicional gasto mensual de 1 ½ % para los saldos que no sean pagados completamente después de 30 días.

Compruebo que he leído y comprendo todo esto aquí arriba y que he contestado verdaderamente todas las preguntas. Estoy de acuerdo con la idea de que ni la dentista ni los empleados son responsables por errores posibles u omisiones en este formulario.

Le doy permiso y autorización a la dentista Dr. J Keller Vernon, DDS LTD y a sus empleados para hacer cualquier tratamiento para el paciente que sea necesario y prudente.

Firma del paciente/tutor legal:

Fecha: _____