

EAST CHARLOTTE DENTAL CLINIC

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

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 OB/GYN DR: _____ 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: _____

Allergicoalguno de los siguientes? ASPIRINA: _____ PENICILLINA: _____ CODENIA: _____ LATEX: _____

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

El pacientetiene o a tenidoalgunavez, cualquiera de los siguientes?				EL PACIENTE USA PRODUCTOS DE TOBACCO? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO				
	SI	NO		SI	NO		SI	NO
SIDA/ HIV POSITIVO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	CORTISONA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	HEMOFILIA	<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"/>
ANAFILAXIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DROGADICCION	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	HEPATITIS B o C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ANEMIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	FACILMENTE PIERDE EL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	HERPES	<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"/>
ARTRITIS/GOTA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ENFISEMA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	COLESTEROL ALTO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
VALVULA DE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	EPILEPSIA/CONVULSION	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	RONCHAS/ERUPCION	<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"/>
VALVULA DE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SED EXCESSIVA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	HIPOGLUCEMIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ARTIFICIAL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DESMAYOS/VERTIGO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	LATIDO IRREGULAR	<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"/>
ENFERMEDAD ARTERIAL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DIARREA FRECUENTE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	IRREGULAR HEARTBEAT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TRANSFUCION DE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DOLORES DE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	PROBLEMAS DE	<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"/>
PROBLEMAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	GLAUCOMAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	LEUCEMIA	<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"/>
MORETONESCON	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	FIEBRE DEL HENO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	PRECION BAJA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
FACILIDAD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ATAQUE/FALLA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ENFERMEDAD	<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"/>
CHIMIOTERAPIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SOPLO CARDIACO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	PROLAPSO DE LA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DOLORES DEL PECHO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	MARCA PASOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	VALVULA MITRAL	<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"/>
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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ATENCION PSIQUIATRICA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
						TRATAMIENTO DE RADIACION	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
						PERDIDA DE PESO RECIENTE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
						DIALISIS RENAL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
						FIEBRE REAUMATICA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
						REUMATISMO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
						ESCARLATINA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
						HERPES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
						ENFERMEDAD DE CELULAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
						FALCIFORMES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
						PROBLEMAS DEL SENOS NASAL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
						ESPIÑA BIFIDA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
						ENFERMEDAD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
						ESTOMACAL/INTESTINAL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
						ATAQUE FULMINANTE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
						HINCHAZON DE LAS EXTAMIDADES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
						ENFERMEDAD DE TIROIDES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
						AMIGDALITIS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
						TUBERCULOSIS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
						TUMORES/CRECIMIENTOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
						ULCERAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
						ENFERMEDAD VENEREA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
						LA ICTERICIA AMARILLA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

El paciente ha tenido algunavez o ha tenido alguna enfermedad grave no menciona santer l or mente? Si No Si es asipor favor explique: _____

INFORMATIONAL ADDITIONAL/COMENTARIOS: _____

EN LO MEJOR DE MI CONOCIMIENTO, LAS PREGUNTAS DE ESTE CUESIONARIO SE HAN CONTESTADO CORRECTAMENTE. ENTIENDO QUE EL PROPORCIONAR INFORMACION 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: _____

EAST CHARLOTTE DENTAL CLINIC

REGULACIONES DE CITAS PARA LOS PACIENTES

Nosotros en EAST CHARLOTTE DENTAL CLINIC (ECDC) 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: ECDC **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 period de 24 horas seran consideradas como citas a las que usted falto...**

FALTAS: A continuacion se muestra la falta a las regulaciones

PRIMERA Y SEGUNDA FALTA (dentro de un periodo de 6 meses)

La cita sera reprogramada

TERCERA FALTA (dentro de un periodo de 6 meses)

La cita sera reprogramada pero usted sera visto **"BASADO EN UN PROGRAMA DE ESPERA SOLAMENTE."** Usted sera visto en ECDC, pero **no se le garantizara un espacio.** Si usted llega a tiempo a 2 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: ECDC

Le dara un periodo 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 ECDC 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.

CONFIRMACION DE CITAS:

La oficina de ECDC requiere que usted confirme su cita antes de las 2:00p.m el dia anterior du su visita. **La oficina intentara 2 veces entre 48 horas para contactarle. Enafortunadamente, si no recibimos una respuesta, nosotros estaremos en posicion de mover la cita en "citas de espera."**

Porfavor sientase en libertad en dejar mensaje si la oficina esta cerrada or la linea esta ocupada al numero 704-569-8076. Por lo tanto le pedimos que usted lea este acuerdo y cumpla con las regulaciones de las citas de los pacientes. Su firma simplemente representa un acuerdo de Buena Fe entre nuestros pacientes e ECDC.

Fecha: _____

Firma: _____

Nombre de Paciente(s): _____

East Charlotte Dental Clinic

Doy permiso que East Charlotte Dental Clinic suelte cualquier tratamiento dental completado o ser completo a nombres de personas puestos en la lista abajo

Firma

Nombre

Fecha

Nombre: _____

Numero de telefono: _____

Relacion a usted: _____

Nombre: _____

Numero de telefono: _____

Relacion a usted: _____