



# Jade Ong, DDS, Inc.

## Dentistry With A Gentle Touch

### Información del Paciente / Historial Medico/Dental / Información de Seguro

#### 1. INFORMACIÓN DE USTED

Nombre:  Sr.  Sra.  Sta.  Dr. Date:

Primer Nombre:	Segundo Nombre:	Apellido:
----------------	-----------------	-----------

Domicilio:

Calle		
Ciudad:	Estado:	Código Postal:

Correo Electrónico:

--

Teléfono:

Residencial:	Empleo:	Ext.
Fax:	Pager:	Celular

Empleador:

Nombre de la compañía:		
Calle		
Ciudad:	Estado:	Código Postal:

Otros:

Sexo: <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female	Estado Civil: <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Separado	
Fecha de nacimiento:	Numero de Seguro Social:	Otro numero de identificación:
Numero de Licencia de Conducir:	Nombre preferido:	
¿A quien le damos las gracias por referirlo?		
¿Tiene familiares con nosotros?		
Dentista previo/presente:		
Numero de teléfono:	Ultima Visita:	

#### 2. INFORMACIÓN DE PAREJA/ DE FAMILIAR

Primer Nombre:	Segundo Nombre:	Apellido:
Calle:		
Ciudad:	Estado:	Código Postal:

Pariente o vecino que no viva con usted:

Nombre:		
Calle:		
Ciudad:	Estado:	Código Postal:
Numero de teléfono:	Relación:	



# Jade Ong, DDS, Inc. Dentistry With A Gentle Touch

## Información del Paciente / Historial Medico/Dental / Información de Seguro

MEDICAL HISTORY	
¿ Tiene un Medico General?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Nombre del Medico:	_____
Numero de teléfono:	_____ Ultima Visita: _____
Su salud actualmente esta:	<input type="checkbox"/> Excelente <input type="checkbox"/> Buena <input type="checkbox"/> Pobre
¿Se encuentra actualmente bajo tratamiento medico?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
¿Por qué?:	_____
¿Fuma os usa tabaco de cualquier forma?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
¿Tiene articulaciones o implantes de metal?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
¿Esta tomando algun medicamento no recetado incluyendo la aspirina?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Por favor haga una lista:	_____
Tiene o ha tenido las siguientes enfermedades:	
<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N Sangrá fácilmente	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N Herpes
<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N Abuso de alcohol/drogas	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N Presión Alta
<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N Anemia	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N VIH / SIDA
<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N Artritis/Reuma	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N Hospitalizaciones
<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N Articulaciones, huesos o válvulas artificiales	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N Enfermedades de Riñón
<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N Asma	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N Enfermedades de Hígado
<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N Trasfusiones de sangre	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N Presión Baja
<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N Moretones	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N Prolapso de la válvula Mitral
<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N Cáncer / Quimioterapia	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N Problemas de los Nervios
<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N Dolor de Pecho (Angina)	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N Marca Pasos
<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N Colitis	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N Tratamiento Psiquiátrico
<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N Defecto Conginetal del Corazón	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N Tratamientos de Radiación
<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N Diabetes	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N Problemas Respiratorios
<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N Falta de aliento	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N Fiebre Reumática / Scarlet Fever
<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N Enfisema	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N Convulsiones
<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N Epilepsia	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N Culebría
<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N Desmayos	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N Células falciformes
<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N Dolores de cabeza	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N Problemas de Sinusitis
<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N Glaucoma	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N Apoplejía
<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N Fiebre del Heno	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N Problemas de Tiroides
<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N Traumas en la Cabeza/ Cuello	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N Tuberculosis (TB)
<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N Infartos/Cirugía	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N Tumores
<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N Soplos en el Corazón	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N Ulceras
<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N Hemofilia	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N Enfermedades Venéreas
<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N Hepatitis	
Para Mujeres:	
¿Esta o podría estar embarazada?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
¿Esta tomando pastillas anticonceptivas?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

¿Tiene algo que quiera hablar con la doctora en privado?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Por favor liste cualquier seria condición medica que halla tenido:	_____
Es usted alérgico a lo siguiente:	
<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Aspirina	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Codeína
<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Analgésicos Dentales	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Erythromycin
<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Metales de Fantasía	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Látex
<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Penicilina	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Tetracycline
<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Otros	
Por favor haga una lista de los medicamentos a los cuales sea alérgico:	
_____	
_____	

DENTAL HISTORY	
¿Por qué ha venido al dentista hoy?	
_____	
¿Ha tomado el medicamento Phen-Phen?	
También conocido como Redux & Pondimin	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
¿Cuándo?	_____
¿Tiene que tomar medicamentos antes de obtener tratamiento dental?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
¿Siente dolor ahora?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
¿Ha tenido problemas con algún tratamiento dental en el pasado?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
¿Tiene o ha tenido dolor en la articulación de la quijada(TMJ / TMDJ)?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Su salud dental esta:	<input type="checkbox"/> Excelente <input type="checkbox"/> Bien <input type="checkbox"/> Pobre
¿Le gusta su sonrisa?	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N
¿Le sangran las ensillas?	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N
¿Cuántas veces al día se cepilla los dientes?	_____
¿Cuántas veces a la semana use el hilo dental?	_____
¿Que clase de cepillo usa?	<input type="checkbox"/> Duro <input type="checkbox"/> Mediano <input type="checkbox"/> Suave
¿Cuánto tiempo usa su cepillo antes de reemplazarlo?	_____
¿Tiene sensibilidad a lo frío, a lo caliente u otra razon?	_____
_____	
¿Ha perdido dientes?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
¿Por que?	_____

Yo entiendo que la información que he dado hoy es completa y correcta. También entiendo que la información que he dado se mantendrá en discreción y que yo soy responsable en informarles de algún cambio en mi salud.

Firma / Fecha \_\_\_\_\_



# Jade Ong, DDS, Inc.

## Dentistry With A Gentle Touch

### Información del Paciente / Historial Medico/Dental / Información de Seguro

#### 3. SEGURO

Seguro principal:      ¿Cobertura Dental?  Si  No                      ¿Cobertura Medica?  Si  No

Nombre de la compañía de seguro:		
Calle:		
Ciudad:	Estado:	Código Postal:
Numero de teléfono:	# de grupo (Plan, # de póliza):	
Nombre del Subscriber Principal:	Relación:	
Fecha de Nacimiento del miembro principal:	Numero de seguro social del miembro:	
Nombre de empleador:	Dirección de trabajo del miembro:	

Seguro secundario:      ¿Cobertura Dental?  Si  No                      ¿Cobertura Medica?  Si  No

Nombre de la compañía de seguro::		
Calle:		
Ciudad:	Estado:	Código Postal:
Numero de teléfono	# de grupo (Plan, # de póliza):	
Nombre del Subscriber Principal:	Relación:	
Fecha de Nacimiento del Subscriber principal:	Numero de seguro social del miembro:	
Nombre de empleador:	Dirección de trabajo del miembro	

**Su balance tiene que estar pagado completamente al terminar su tratamiento**

Yo, \_\_\_\_\_ autorizo a Jade T. Ong, D.D.S. que me examine y proveídos tratamiento dental. Yo entiendo que yo soy responsable de pagar por los servicios proveídos. Si esta oficina aceptá mí seguro, yo autorizo a mi seguro que pague con cheque hecho directamente a Jade T. Ong, D.D.S. Yo entiendo que yo so responsable de pagar cualquier deducible y co-pago que mi seguro no cubra. Yo entiendo que es mi responsabilidad de saber todas las reglas y restricciones de mí póliza de seguro y de saber los departamentos de radiografiás y especialistas, que fueron asignados a mí por la póliza de seguro. Yo asumo completa responsabilidad de cualquier balance de mi cuenta. Yo autorizo a Jade T. Ong, D.D.S. que revele mi información dental que sea necesaria para mi tratamiento dental para procesar aplicaciones de financiamiento.. Es procedimiento de Jade T. Ong, D.D.S., Inc – Van Nuys, CA's compartir Información Protegida con laboratorios, especialistas, y otros doctores consultantes. Nosotros le llamaremos a la farmacia de su preferencia para sus medicamentos. Nosotros solo intercambiaremos la información mínima que sea necesaria para cada transacción.

\_\_\_\_\_  
Paciente/ Persona Responsable

\_\_\_\_\_  
Fecha