

# THOMPSON FAMILY DENTAL

2518 W. 15th Ave \* Emporia, KS \* (620) 343-8000

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_  
Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_  
Teléfono \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_ Trabajo \_\_\_\_\_  
No. de Seguro Social \_\_\_\_\_ Hombre \_\_\_ Mujer \_\_\_ Casado(a) \_\_\_ Soltero(a) \_\_\_ Divorciado(a) \_\_\_  
Correo electrónico \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_  
Empleado/Escuela \_\_\_\_\_ Ocupación/Grado \_\_\_\_\_  
A quien debemos agradecer por habernos referido a Ud? \_\_\_\_\_

## HISTORIA MEDICAL

Nombre de su Médico \_\_\_\_\_ Farmacia \_\_\_\_\_  
El paciente está tomando algún medicamento? Cuales? : \_\_\_\_\_

Padece de lo siguiente?:

SIDA/VIH  Diabético  Presión Alta  Tuberculosis  Anemia  Artritis  Hepatitis  
 Epilepsia  Marcapasos  Asma  Soplo Cardíaco  Tratamiento de Radación  
 Enfermedad del Corazón  Trastorno Mental/Nervioso  Tratamiento con Bifosfonatos  
 Cáncer: \_\_\_\_\_  
 Reemplazo de rodilla, cadera, etc.: \_\_\_\_\_  
 Otro: \_\_\_\_\_

Mujeres, ¿está embarazada? Cuántas semanas? Cuando se alivia? \_\_\_\_\_

El paciente es alérgico(a) a lo siguiente?:

Penicilina  Codeína  Latex  Aspirina  Sulfa  Otro?: \_\_\_\_\_

En caso de emergencia, a quien se deberá notificar?

Nombre \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

## AUTORIZACIÓN

La información de arriba es correcta y completa, a mi leal saber y entender, y se proporciona con el único objeto de que se use en mi tratamiento, para facturación, y para procesamiento ante el seguro de los beneficios a los que tengo derecho.

Yo entiendo que soy financieramente responsable por todos los cargos incurridos, ya sea que son pagados por el seguro o no. Por el presente yo autorizo al doctor a divulgar toda la información que sea necesaria para asegurar el pago de los beneficios. Yo autorizo el uso de esta firma en todas las presentaciones que se hagan ante el seguro, ya que son hechas manualmente o electrónicamente.

FIRMA \_\_\_\_\_

FECHA \_\_\_\_\_

**EL PAGO DE SERVICIOS DENTALES SE VENDE CUANDO SE REALICE EL TRATAMIENTO, A MENOS QUE SE HAN HECHO OTROS ARREGLOS. SE LE APLICARÁ UN COBRO POR FALTAR A LAS CITAS O CANCELAR SIN 24 HORAS DE AVISO**