

¿Ha tenido sangrado anormal con extracciones previas, cirugía o trauma? [] Si [] No
¿Alguna vez requirió una transfusión de sangre? [] Si [] No
¿Alguna vez ha tenido radiación por alguna condición? [] Si [] No
¿Alguna vez dio positivo en una prueba de infección por VIH o SIDA? [] Si [] No
Si es así, indique la fecha diagnosticada y el médico tratante. _____

¿Está obligado a tomar antibióticos antes del tratamiento dental? [] Si [] No

¿Eres alérgico a alguno de los siguientes?
[] Anestésico [] Ibuprofeno [] Penicilina
[] Aspirina [] Yodo [] Sulfa
[] Codeína [] Látex [] Otro _____

¿Tiene alguna de las siguientes condiciones médicas?
[] Asma [] Desmayos [] Presión arterial baja
[] Artritis [] Glaucoma, enfermedad ocular [] En una dieta
[] Problemas de Sangrando [] Problema de vesícula biliar [] Tratamiento psiquiátrico
[] Desorden Sanguíneo [] Enfermedad del corazón [] Fiebre reumática
[] moretones con facilidad [] Soplo cardíaco [] Problemas sinusales
[] Cáncer [] Hepatitis, ictericia [] Carrera
[] Marcapasos cardíaco [] Alta presión sanguínea [] Tuberculosis
[] Dolor de pecho, angina [] Mononucleosis infecciosa [] Úlceras, colitis
[] Retraso en la curación [] Prótesis de articulación [] Enfermedad venérea
[] Diabetes [] Enfermedad del riñón [] Usar lentes de contacto
[] Enfisema [] Enfermedad del hígado

¿Está tomando algún medicamento a base de hierbas? [] Si [] No

¿Alguna vez has tomado la píldora de dieta "fen-phen"? [] Si [] No

¿Tiene alguna enfermedad, condición o problema no mencionado anteriormente? [] Si [] No
Especificar. _____

¿Estás tomando bisfosfonatos ahora o los has tomado en el pasado (Fosamax)? [] Si [] No

¿Actualmente tiene o ha tenido un historial de abuso de alcohol o drogas? [] Si [] No

¿El consumo de tabaco? Si es así, ¿de qué tipo y con qué frecuencia? _____

¿Reacción inusual a las inyecciones dentales? _____

SOLO MUJERES:
¿Posibilidad de embarazo? [] Si [] No
En caso afirmativo, fecha estimada de entrega? _____
¿Estás amamantando? [] Si [] No
¿Estás tomando pastillas anticonceptivas? [] Si [] No
Nota: Los antibióticos (como la penicilina) pueden alterar la efectividad de las píldoras anticonceptivas. Consulte a su médico / ginecólogo para obtener ayuda con respecto a métodos de control adicionales.

Por favor anote su motivo de la visita de hoy _____ ¿Tiene dolor? [] Si [] No

Al firmar a continuación, usted está de acuerdo que usted haya contestado todas las preguntas honestamente y a su mejor conocimiento.

Imprimir nombre del paciente

Fecha

Firma del paciente / tutor

AUTORIZACIÓN DE FOTOGRAFÍA

Por la presente, autorizo a **SARMIENTO MICROENDODONTICS** a tomar la fotografía de mi o de mi hijo para incluirla en su expediente médico conservado por la clínica. Entiendo que esta fotografía se utilizará para fines de identificación y familiarización por parte del personal de la oficina, el médico de la clínica y los médicos consultores. También se puede utilizar en las cartas de consulta que le enviamos a otros médicos de usted o de su hijo.

Firma del paciente / tutor

Fecha

LEY DE RESPONSABILIDAD Y PORTABILIDAD DEL SEGURO DE SALUD (HIPAA)

Al firmar este documento, reconozco que se me ha brindado la oportunidad de leer el Aviso de Prácticas de Privacidad de **SARMIENTO MICROENDODONTICS**.

Imprimir nombre del paciente

Fecha

Firma del paciente / tutor

POLÍTICA FINANCIERA

Yo, el abajo firmante, autorizo el pago de beneficios dentales a **SARMIENTO MICROENDODONTICS** por cualquier servicio que el médico me haya proporcionado a mí o a mi hijo. Entiendo que soy financieramente responsable de cualquier cantidad no cubierta por mi póliza de seguro. También autorizo a **SARMIENTO MICROENDODONTICS** para que divulgue a mi seguro, a mi médico remitente oa cualquier otro asesor sobre la información de mi caso relacionada con la atención de la salud dental, el asesoramiento, el tratamiento o los suministros que me proporcionó. Esta información se usará con el propósito de evaluar y administrar reclamos de beneficios. Para mi conveniencia, esta oficina puede divulgar mi información a mi compañía de seguros y recibir el pago directamente de ellos. Entiendo que si comienzo un tratamiento importante que implique trabajo de laboratorio, seré responsable de la tarifa en ese momento. Se harán todos los esfuerzos para ayudarme con mi seguro, pero si no pagan según lo esperado, seguiré siendo responsable. Pagaré una tarifa por las citas interrumpidas sin aviso previo de 24 horas. Los planes de tratamiento pueden cambiar, y yo seré responsable del trabajo realmente realizado.

Firma del paciente / tutor

Fecha

SÓLO PARA USO DE OFICINA

Patient information reviewed by _____ on _____ . _____
Employee name Date Initials



Dr. Bernardo R. Sarmiento Jr. DDS, MSD
13050 Louetta Rd. Suite 216, Cypress, TX 77429
O: 832-930-7870 F: 832-698-2320
office@sarmientomicroendo.com

POLÍTICAS DE LA OFICINA:

Para continuar atendiendo a nuestros valiosos pacientes, hemos adoptado las siguientes políticas:

1. **CANCELACIONES:** Requerimos al menos un aviso de 24 horas para la cancelación de citas para que podamos ofrecer su hora de cita a otro paciente. Si no proporciona un aviso de al menos 24 horas, recibirá una factura por un cargo “no show” de \$50.
2. **TARDANZAS:** Por favor avísenos si está esperando llegar tarde ya que se le ofrecerá un espacio de tiempo abierto para ajustarse mejor a su horario. Si tiene 15 minutos de retraso o más, puede ser reprogramado para acomodar los turnos de citas de nuestros otros pacientes.
3. **RECARGAS DE PRESCRIPCIÓN:** Los pacientes deben solicitar resurtidos llamando a nuestra oficina al 832-930-7870. Para cumplir con su solicitud de manera oportuna, le solicitamos que, si es posible, le proporcione un aviso de al menos 3 días.
4. **LLAMADAS FUERA DE HORARIO:** Las llamadas fuera del horario de atención se dirigirán a nuestro servicio de contestador automatizado. Para asuntos no urgentes, deje un mensaje de correo de voz que será respondido al siguiente día hábil. También puede comunicarse con el médico de guardia siguiendo las instrucciones para cualquier inquietud urgente. Para cualquier emergencia, por favor llame al 911.
5. **REGISTROS MEDICOS:** Usted tiene derecho a su registro médico. Hay una tarifa de \$ 25.00 por la publicación de registros médicos. Esto debe pagarse antes del lanzamiento de los registros y ayuda a cubrir el costo de impresión y envío. Por favor espere una semana para procesar su solicitud. También puede ver su registro médico a través de nuestro portal para pacientes en línea.

*He leído y entiendo las políticas establecidas por **Sarmiento Microendodontics** y acepto los términos.*

Firma del paciente / tutor

Fecha