



Let Us Make Your Smile Complete. Us!

Allie Tran, D.D.S., P.C. / Selina Tran, D.M.D., P.C. / Travis T. Le, D.D.S., P.C.

6134-M Arlington Blvd. Falls Church, VA 22044

Tel. (703) 237-4521 · Fax: (703) 237-4679

www.CompleteDentalVA.com

Informacion Sobre el Paciente

Nombre: _____ M. _____ Apellido: _____

Direccion: _____ Ciudad: _____ Estado: _____Codigo Postal: _____

Teléfono De Casa: _____ Celular: _____

Sexo: Hombre Mujer Estado Civil: Casado/a Soltero/a Otro

Fecha De Nacimiento: Mes _____ Dia _____ Año _____ Numero De Social: _____ (para seguro)

Correo Electronico: _____ podemos mandarle avisos por correo? SI NO

Contacto De Emergencia: _____ Relacion: _____ Telefono: _____

Podemos mandarle recodatorios por mensaje de texto? SI NO

Como se entero de nuestra oficina? _____

Consentimiento

La persona que firma autoriza al doctor a tomar las radiografias necesarias, modelos, fotografias o cualquier otra ayuda que estime apropiada para mejor diagnosticar mis necesidades dentales. Tambien autorizo al doctor que ejecute todo el tratamiento que ambos hemos aceptado y a que el doctor escoja y emplee la asistencia que estime necesaria para mejor llevar a cabo el tratamiento. Yo entiendo que es mi responsabilidad el pago de los servicios dentals practicados en esta oficina, en mi o mis dependientes, al mismo tiempo que los servicios son efectuados, a menos que otros arreglos se hayan hecho. Yo entiendo que si mi cuenta esta vencida, cargos de coleccion seran agregados a mi cuenta. Yo entiendo que es mi reponsabilidad notificar a su oficina de cualquier cambio en la informacion contenida en esta forma. Yo entiendo que habra un cargo de \$50 por citas no cumplidas o por canlaciones hechas con menos de 24 horas de anticipacion, si la oficina piensa necesario. Yo entindo que las formas del seguro son mandadas de cortesia al paciente, pero si la compania de seguro no paga lo que se habia estimado, el balance sera responsabilidad de el paciente. Autorizo los pagos de mi seguro a Allie & Selina Tran, PC (Complete Dental y Asociados) Se me ha mostrado una copia de Complete Dental Notice of Privacy Practices y entiendo que puedo solicitar una copia. Doy el consentimiento para utilizar mi informacion de salud para el tratamiento y operaciones relacinoada al mismo, asi como actividades de pago (esta infomacion es protegida).

Firma Del Paciente, Padre o Persona Responsable

Fecha

DAR LA VUELTA -->

INFORMACION MEDICA

Nombre: _____ Fecha: _____

Fecha de su último examen dental: _____ Examen Médico: _____

Ha estado hospitalizado/a en los últimos 5 años? Si No: _____

Está recibiendo algún tratamiento médico? Si No: _____

(PARA LAS SIGUIENTE PREGUNTAS CIRCULE SI O NO. SU RESPUESTA ES PARA NUESTRO ARCHIVOS Y SERA CONFIDENCIAL. PORFAVOR NOTE QUE DURANTE SU VISITA LE AREMOS ALGUNAS PREGUNTAS ADICIONALES SOBRE SU SALUD)

TIENE O ALGUNAS VEZ A TENIDO ALGUNA DE LAS SIGUIENTES CONDICIONES MEDICAS - CONTESTE SI O NO EN TODAS LAS AREAS:

Murmulo en el corazón	SI	NO	Cáncer - Que tipo?:	SI	NO
Problemas del corazón (Infarto, cirugía, etc.)	SI	NO	Quimioterapia	SI	NO
Tiene un Marca Pasos	SI	NO	Sensibilidad al Látex	SI	NO
Diabetes	SI	NO	Psicosis	SI	NO
Hepatitis A, B, C	SI	NO	ADD/ADHD	SI	NO
VIH Positivo/SIDA	SI	NO	Bipolar	SI	NO
Enfermedades Venereas	SI	NO	Glaucoma	SI	NO
Asma	SI	NO	Colesterol Alto	SI	NO
Enfisema u otro problema respiratorio	SI	NO	Problemas del Hígado	SI	NO
Alzheimer	SI	NO	Sangrado anormal (Hemorragias)	SI	NO
Demencia	SI	NO	Remplazo De Articulaciones	SI	NO

ALGUN DOCTOR LE HA DICHO QUE TIENE QUE TOMAR UN ANTIBIOTICO ANTES DE CUALQUIER VISITA DENTAL? SI NO

COMO ESTA SU PRECION ARTERIAL?: TENGO PRECION ALTA _____ TENGO PRECION NORMAL _____

Usted fuma cigarros? SI -- NO Cuantos cigarros al día? _____

TIENE O ALGUNA VEZ A TENIDO UNA REACCION ALERGICA A LO SIGUIENTE:

- * Anestesia Local..... SI - NO
- * Aspirina..... SI - NO
- * Otros medicamentos... SI - NO _____
- * Penicilina u otro Antibiótico..... SI - NO
- * Codeína, Valium u otro sedante..... SI - NO

Liste el nombre de sus medicinas: _____

PARA MUJERES:

- Está embarazada? SI -- NO (Cuantas Semanas?) _____ Fecha De Dar a luz? _____

- Está planeando embarazarse? SI -- NO Esta dando de lactar?: SI -- NO Está tomando pastillas anticonceptivas? SI -- NO

Yo entiendo que esta información es necesaria para proveerme un tratamiento dental eficiente. Yo respondí todas las preguntas de acuerdo a mi conocimiento, SI el doctor necesita información adicional, tiene mi autorización de preguntar a mi doctor medico; quien podrá proveer la información necesaria. Yo les notificare de cambios en mi salud y mis medicamentos.

Nombre Del Paciente

Firma De Paciente/Padres

Fecha

Nombre Del Doctor

Firma Del Doctor

Fecha

AVISO DE LAS POLÍTICAS DE PRIVACIDAD

Yo he recibido y leído una copia de las Políticas de Privacidad de Complete Dental y he tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre cómo se usará mi información.

Yo doy permiso a la oficina para hablar de mi tratamiento y cuenta con la siguiente persona:

Nombre: _____ (Padre/madre, esposo/a, persona a cargo)

Tambien doy permiso para que la oficina dental me mande textos, correo electronico y me llame para hablar de mis citas o tratamiento.

Nombre De Paciente/Apoderado: _____ **Fecha:** _____

Firma: _____

For Office Use Only

We attempted to obtain written acknowledgement of receipt of our Notice of Privacy Practices, but acknowledgement could not be obtained because:

- Individual refused to sign
- Communications barriers prohibited obtaining the acknowledgement
- An emergency prevented us from obtaining acknowledgement
- Other (Please Specify)



Let Us Make Your Smile Complete You!

Allie Tran, D.D.S., P.C. / Selina Tran, D.M.D., P.C. / Travis T. Le, D.D.S., P.C.
6134-M Arlington Blvd. Falls Church, VA 22044
Tel. (703) 237-4521 • Fax: (703) 237-4679
www.CompleteDentalVA.com

PERMISO PARA FOTOGRAFIAS/VIDEO

Yo doy permiso a Complete Dental para tomar fotografías de mis dientes. Yo entiendo que el uso de estas fotografías será para mi educación dental. Estas fotografías serán puestas en mi cuenta dental personal.

Yo también entiendo que mientras estoy en la oficina observare cámaras de grabación de seguridad de la propiedad.

Nombre De Paciente: _____

Firma Paciente/Padres

Fecha