



# Dr. Anoush Yessaian



(Por Favor, Escriba En Letra De Imprenta)

## Paciente

Edad \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_  
Apellido \_\_\_\_\_ Primer Nombre \_\_\_\_\_ Inicial \_\_\_\_\_

A quien podemos agradecer por habernos referido a Ud.? \_\_\_\_\_

Relación \_\_\_\_\_

M  F  Soltero(a)  Casado(a)  Divorciado(a)  Viudo(a)

Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Zona Postal \_\_\_\_\_

#SS \_\_\_\_\_ # Licencia de Manejo \_\_\_\_\_ Teléfono móvil \_\_\_\_\_

Empleado(a) por \_\_\_\_\_ Ocupación \_\_\_\_\_ Teléfono del Empleador \_\_\_\_\_

Dirección del Empleador \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Zona Postal \_\_\_\_\_

Quién debe ser notificado en caso de emergencia: \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Correo Electrónico (E-Mail) \_\_\_\_\_

Mejor método para comunicarse con usted \_\_\_\_\_

## Cónyuge/ Padre o Madre Empleado por

Esposo(a) Nombre \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Empleador \_\_\_\_\_ Ocupación \_\_\_\_\_ # Telefono \_\_\_\_\_

Dirección del Empleador \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Zona Postal \_\_\_\_\_

S.S# \_\_\_\_\_ D.L# \_\_\_\_\_ Teléfono móvil \_\_\_\_\_

## Compañía del Seguro Dental

Nombre del Asegurado: \_\_\_\_\_ #SS \_\_\_\_\_

Parentesco con el Paciente \_\_\_\_\_

Nombre de la Compañía del Seguro Dental \_\_\_\_\_ Grupo Numero \_\_\_\_\_

Está el paciente cubierto bajo otra Aseguración  Si  No **Si es así, completar lo siguiente:**

Nombre del Asegurado \_\_\_\_\_ #SS \_\_\_\_\_

Parentesco con el Paciente \_\_\_\_\_

Nombre de la Compañía del Seguro Dental \_\_\_\_\_

### TRASPASO DE LOS BENEFICIOS DEL SEGURO Y AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACION DE INFORMACION

Yo, el suscrito, tengo seguro con \_\_\_\_\_ Nombre de las(s) Compañía(s) de seguros \_\_\_\_\_  
y traspaso directamente al Dra. Yessaian todos los beneficios del seguro, si los hubiere, que de otra manera son pagaderos a mi por servicios  
prestados. 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 sea que son hechas manualmente o electrónicamente.

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

#### Consentimiento Sobre Menor/Nino

Yo. Siendo el padre o tutor de \_\_\_\_\_ por el presente  
Solicito y autorizo al personal dental que preste los servicios dentales necesarios para mi niño/a, incluyendo pero no limitados a radiografías y la  
administración de anestesia, que sean considerados aconsejables por el doctor, sea que yo esté presente o no en la cita dental cuando el tratamiento  
se lleve a cabo.

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

#### Acuerdo Financiero

yo acepto que el pago de los servicios dentales se vence cuando se realiza el tratamiento, a menos que se hayan hecho otros arreglos. Yo estoy de  
acuerdo en que los padres o los tutores son responsables por todos los honorarios y servicios prestados para el tratamiento de un menor Niño/a. Yo  
acepto responsabilidad financiera total por todos los cargos no cubiertos por el seguro.

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

# Historia Clínica

Las siguientes preguntas son para mi beneficio y para asegurar que mi estado de salud pasado y actual serán tomados a consideración. Algunas preguntas pueden no parecer relacionadas a su condición dental, pero todas asociadas para un cuidado dental apropiado. Por favor conteste cada pregunta. Y para sí, N para no.

## HISTORIA MEDICA

1. Está usted en Buena salud? \_\_\_\_\_ Si No
2. Fecha del Ultimo Examen Fisico \_\_\_\_\_ Si No
- Nombre del Medico \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_
- Esta usted actualmente bajo cuidado medico \_\_\_\_\_ Si No
- Si la respuesta es "sí" que enfermedad se esta curando \_\_\_\_\_
3. Ha tenido alguna enfermedad u operación \_\_\_\_\_ Si No
- Si es asi, que enfermedad u operación? \_\_\_\_\_
4. He sido usted hospitalizado alguna vez \_\_\_\_\_ Si No
- Si es asi cual fue el problema \_\_\_\_\_
5. Está tomando alguna medicina \_\_\_\_\_ Si No u otro tipo de drogas (marihuana, cocaína, etc.) \_\_\_\_\_ Si No
6. Ha sido alguna vez pre-medicado con antibióticos por su tratamiento dental? \_\_\_\_\_ Si No
7. Es usted sensible o alérgico a alguna droga?  
 Penicilina  Codeina  Sulfas  Aspirina  Latex  Otro
8. Si es otro, explique cual droga o medicina? \_\_\_\_\_
9. TOMA ASPIRINA DIARIAMENTE SI NO
10. Alguna vez ha tenido, o tiene alguna de las siguientes enfermedades:

	S	N		S	N		S	N		S	N
Problemas De Corazón			Anemia			Sinusitis			Tumores		
Paro Cardiaco			Ulcera Estomacal			Artritis			Radiación		
Conjuntura Prostetica			Asma			Alergias			Otro		
Protesis Artificial			Leucemia			Hemofilia					
Hepatitis A-B-C			Cáncer			Quimoterapia					
Diabetes			Herpes			Tratamiento Psiquiátrico					
Alta Presión Sanguínea			Transfusión de Sangre			Desorden mental					
Enfermedad del Hígado			Drogadicción			Tiroides					
Sangramiento Excesivo			Enfermedades Venéreas			Enfermedad de Riñón					
Tuberculosis			VIH			Problemas Respiratorios					
Trastornos Inmunosupresores			SIDA			Epilepsia					
Baja Presión Sanguínea			Hemofilia			Ataques o desmayos					

11. Ha tomado usted alguna vez FEN-PHEN o REDUX \_\_\_\_\_ Si No
12. Tiene usted marcapaso, o ha tenido alguna cirugía del corazón? \_\_\_\_\_ Si No
13. Tiene usted alguna enfermedad o problema no enumerado anteriormente, y cree que yo deba saber? \_\_\_\_\_ Si No
- Si es asi favor explique \_\_\_\_\_
14. (Mujeres) Sospecha Ud. que está embarazada? Si es asi, De cuantos meses? \_\_\_\_\_
15. (Mujeres) Tiene alguna problema asociado con su periodo menstrual? \_\_\_\_\_ Si No
16. (Mujeres) Esta tomando anticonceptivos orales? \_\_\_\_\_ Si No

## Historia Dental

1. Ha reaccionado Ud. alguna vez adversamente a un tratamiento dental? \_\_\_\_\_
2. Cuándo fue la última vez que le tomaron radiografías dentales? \_\_\_\_\_
3. Cuando fue la ultima vez que tuvo tratamiento dental? \_\_\_\_\_

### Actualización de la Historial Clínico

Fecha \_\_\_\_\_ Firma del Paciente \_\_\_\_\_ Dentista \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_ Firma del Paciente \_\_\_\_\_ Dentista \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_ Firma del Paciente \_\_\_\_\_ Dentista \_\_\_\_\_

Changes in Health \_\_\_\_\_

Health history must be updated every 6 months

	Year 1	Year 2	Year 3
Date	_____	_____	_____
BP	_____	_____	_____
Pulse	_____	_____	_____
Temp	_____	_____	_____
By	_____	_____	_____