

Lupy D. Gonzalez, D.D.S.

11458 Space Center Blvd.

Houston TX 77059

(281)487-2400

www.clearpointdentistry.com



REGISTRO DE HISTORIA MEDICA DEL PACIENTE

Fecha

Telefono particular

Nombre del Paciente

Fecha de Nacimiento

Sexo

Femenino Masculino

Marque X a lo que cooresponda

Soltero(a) Casado(a) Viudo(a) Separado(a) Divorciado(a)

Direccion-Calle

Ciudad

Estado

Codigo Postal

Direccion de correo electronico

Empleador(a)

Ocupacion

Lupy D. Gonzalez, D.D.S.

11458 Space Center Blvd.

Houston TX 77059

(281)487-2400



www.clearpointdentistry.com

Telefono del Empleador(a)

Nombre del Conyuge/Padre o Madre

Fecha de Nacimiento del Conyuge/Padre o Madre

Conyuge/Padre o Madre Empleador por

Ocupacion

Direccion del Empleador

Telefono del Empleador

Quien es responsable por esta cuenta

Relacion con el paciente

Nombre de la Compania del Seguro

Numero de Grupo

Numero de Seguro Social del Conyuge/Padre o Madre

En caso de emergencia, a quien se deberia de notificar

Telefono

A quien podemos agradecer por habernos referido a usted

Lupy D. Gonzalez, D.D.S.

11458 Space Center Blvd.

Houston TX 77059

(281)487-2400

www.clearpointdentistry.com



Historia Medica

Nombre del Medico

Fecha del ultimo Examen Fisico

Ha tenido usted alguna vez algo de lo siguiente(marque X a lo que coesponda)

Cancer

Diarrea cronica

Problemas Nerviosos

VIH/Sida u otros

Tratamiento Siquiatrico

Alergia a Medicinas o Drogas

Radioterapia

Embolia Cerebral

Articulaciones o Valvulas del Corazon

Mareos

Ulcera

Problemas con la Espalda

Alergia a la Anestesia

Alergias Generales

Reciente perdida de peso

Hemofilia

Epilepsia

Drogadiccion

Artritis

Colesterol

Enfermedades Respiratorias

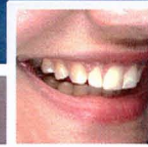
Enfermedades Venerias

Lupy D. Gonzalez, D.D.S.

11458 Space Center Blvd.

Houston TX 77059

(281)487-2400



www.clearpointdentistry.com

___Alta Presion

___Dieta Especial

___Diabetes

___Dolores de cabeza

___Premedicacion con amoxicilina

___Premedicacion con clindamicina

___Premedicacion con otro medicamento

___Baja presion

___Hepatitis,Enfermedad del Hgado

___Alergico a Eritro

___Alergico a la Aspirina

___Alergico a la Codeina

___Enfermedad de la sangre

Ha tenido Ud alergia a medicamentos o ha tenido Ud alguna vez un a reaccion adversa a algun medicamento

Si No

Si la respuesta es afirmativa,a que

Esta tomando Ud. actualmente algun medicamento

Si No

Si la respuesta es afirmativa, cual

Ha reaccionado Ud.alguna vez adversamente a un tratamiento medico o dental

Si No

Ha tomado Ud.alguna vez algun medicamento del grupo al que se le conoce como "fenfen"(fenphen,en ingles).Esto incluye combinaciones lonimin,Adipex,Fastin(nombres de maras de fenterminal)pordimin(fenfluramina) y Redux(dexfenfluramina).

Si No

Lupy D. Gonzalez, D.D.S.

11458 Space Center Blvd.

Houston TX 77059

(281)487-2400



www.clearpointdentistry.com

Esta Ud.bajo el cuidado de un medico ?

Si No

Por el tratamiento de que condiciones

Si el Paciente es un nino,cuanto pesa el nino

(Mujer)Sospecha Ud.que esta embarazada

Si No

Esta Ud. amamantando a su bebe ?

Si No

Hay alguna otra cosa que nosotros debieramos saber sobre su historia

medica

La informacion dada arriba es correcta y completa,entiendo y se que esta informacion que proporciono es con el unico objetivo de que se use en mi tratamiento,para facturacion,y para procesamiento ante el seguro dental y los beneficios a los cuales tengo derecho. Yo no hare responsable a mi dentista ni a ningun integrante de su personal por errores u omisiones que yo pude haber cometido al llenar este formulario.

Alguna vez ha tenido complicaciones despues de un tratamiento dental

Si No

A estado hospitalizado en los ultimos 5 anos por alguna cirugia o enfermedad

Si No

Esta usted tomando algun medicamento con receta o sin receta medica

Si No

Lupy D. Gonzalez, D.D.S.

11458 Space Center Blvd.

Houston TX 77059

(281)487-2400

www.clearpointdentistry.com



Usted tiene el habito de fumar o masticar tabaco

- Si No

Cual es la razon por su visita dental hoy

Cuando fue su ultima visita con el dentista

Que se hizo en su ultima visita con el dentista

Nombre de su dentista anterior y numero de telefono

Con cuanta frecuencia se cepilla los dientes

- Una Dos Tres O Mas al dia

Con que frecuencia usa el hilo dental

- Una Dos O Nunca

Sus encias sangran al cepillarse o usar hilo dental

- SI No

Tiene sensibilidad en sus dientes con lo frio o caliente

- SI No

Alguno de sus dientes en la actualidad le esta causando dolor

- Si No

Esta usted rechinando los dientes, ya sea consciente o durante el sueno

- SI No

Lupy D. Gonzalez, D.D.S.

11458 Space Center Blvd.

Houston TX 77059

(281)487-2400



www.clearpointdentistry.com

Tiene actualmente algun tipo de implante dental,dentadura o parciales

Si No

TRASPASO DE LOS BENEFICIOS DEL SEGURO Y AUTORIZACION PARA LA DIVULGACION DE INFORMACION

Yo el suscrito tengo seguro con
(s)de seguro

Nombre de la (s)Compania

Y traspaso directamente al la Dra. Gonzalez todos los beneficios del seguro,si los hubiere,que de otro manera son pagaderos a mi por servicios prestados.Yo entiendo que soy financieramente responsable por todo los cargos incurridos,ya sea que son pagados por el seguro o no.Por el presente yo autorizo al doctor a proporcionar toda la informacion 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 electronicamente.

Signature: _____

Date:

Lupy D. Gonzalez, D.D.S.

11458 Space Center Blvd.

Houston TX 77059

(281)487-2400

www.clearpointdentistry.com



CONSENTIMIENTO SOBRE MENOR//NINO

Yo,siendo el padre o tutor de _____ por el presente solicito y autorizo al personal dental que presente los servicios dentales necesarios para mi nino,incluyendo pero no limitados a, radiografias y la administracion de anestesia,que sean considerados o aconsejables por el doctor,sea que yo este presente o no en la cita dental cuando el tratamiento se lleve a cabo.

Signature: _____

Date:

ACUERDO FINANCIERO

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

Signature: _____

Date:

ACTUALIZACION DE LA HISTORIA CLINICA

Ha ocurrido algun cambio en su salud desde su ultima cita dental

Si No

Si la respuesta es afirmativa,cual

Esta tomando Ud.algun medicamento nuevo

SI No

Si la respuesta es afirmativa,cual

Para que condiciones.

Lupy D. Gonzalez, D.D.S.

11458 Space Center Blvd.

Houston TX 77059

(281)487-2400

www.clearpointdentistry.com



YO DOY MI AUTORIZACION PARA QUE LA DOCTORA

HABLE CON MI MEDICO O DENTISTA ANTERIOR EN RELACION A MI

TRATAMIENTO ANTERIOR.

Signature: _____

Date:

A TENIDO UNSTED UN PROBLEMA CON DROGAS ANTERIORMENTE

Si No

YO ACEPTO EL CARGO DE \$75.00 DOLARES POR NO AVISAR CON 24 HORAS CON ANTICIPACION QUE NO
PODRE ASISTIR A MI CITA

Signature: _____

Date:

Nombre:

Direccion

Telefono

Correo electronico

ACUSE DE RECIBO DEL AVISO DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD

El suscrito, reconoce haber recibido un Aviso de Practicas de
Privacidad en el consultorio indicado mas arriba.

Nombre del representante personal

Relacion con el paciente