

# Formulario para la Historia de Salud



**ADA**

American Dental Association  
www.ada.org

E-mail:

Fecha de hoy:

Como lo requiere la ley, nuestra oficina se adhiere a las políticas y a los procedimientos escritos para proteger la privacidad de la información que creamos, que recibimos o que mantenemos sobre usted. Sus respuestas son para nuestros registros solamente y se mantendrán en forma confidencial de acuerdo a las leyes vigentes. Por favor, advierta que se le harán algunas preguntas sobre sus respuestas a este cuestionario y que pueden hacerle preguntas adicionales respecto a su salud. Esta información es vital y nos permitirá entregarle una atención apropiada. Esta oficina no usará estos datos para hacer discriminaciones.

Nombre:		Teléfono de Casa: <i>Incluya código del área</i>		Teléfono de Oficina/Celular: <i>Incluya código del área</i>	
Apellido	Nombre	2o Nombre	( )	( )	
Dirección:		Ciudad:		Estado:	
Dirección postal				Código postal:	
Ocupación:	Altura:	Peso:	Fecha de nacimiento:	Sexo: M F	
SS# o ID del Paciente:	Contacto en Emergencias:	Parentesco:	Teléfono:	Teléfono celular:	
			( )	( )	

Si usted está llenando este formulario para otra persona, qué parentesco tiene con esa persona?

Su Nombre: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_

**Tiene alguna de estas enfermedades o problemas:** *(Marque NS si usted No Sabe la respuesta a esta pregunta)*

	Sí	No	NS
Tuberculosis activa .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tos persistente de más de 3 semanas de duración .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tos que produce sangre .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ha estado en contacto con alguien que tiene tuberculosis .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Si su respuesta es Sí a cualquiera de estos 4 problemas, por favor deténgase y devuelva este formulario a la recepcionista.**

## Información Dental *Por favor conteste todas las preguntas siguientes y marcar su respuesta con una (X) donde corresponda.*

	Sí	No	NS		Sí	No	NS
Le sangran las encías cuando se cepilla o cuando usa seda dental? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sufre de dolor de oídos o del cuello? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le duelen los dientes con el frío, calor, con los dulces o al presionar? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tiene algún ruido, salto o molestia en la mandíbula? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le quedan alimentos o seda dental atrapados entre los dientes? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tiene bruxismo o hace rechinar los dientes? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sufre de boca seca? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tiene lesiones o úlceras en su boca? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ha tenido algún tratamiento periodontal (de la encía)? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Usa dentaduras (placas) completas o parciales? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ha tenido tratamientos de ortodoncia (con aparatos)? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Participa en actividades energéticas de recreación? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ha tenido algún problema asociado con un tratamiento dental anterior? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ha sufrido alguna lesión grave en la cabeza o en la boca? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Está fluorada el agua que llega a su casa? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fecha de su último examen dental:			
Bebe usted agua embotellada o filtrada? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Qué le hicieron en esa ocasión?			
Si es así, con qué frecuencia? Marque su respuesta con un círculo:				Fecha de su última radiografía dental:			
A DIARIO / SEMANALMENTE / OCASIONALMENTE							
Tiene dolor o molestias dentales en este momento? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Cuál es el motivo de su visita al dentista hoy?							
Cómo se siente con su sonrisa?							

## Información Médica *Haga el favor de marcar su respuesta con una (X) para indicar si tiene o ha tenido alguna de las siguientes enfermedades o problemas.*

	Sí	No	NS		Sí	No	NS
Se encuentra ahora bajo el cuidado de un médico? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ha tenido alguna enfermedad grave, operación o ha sido hospitalizado/a en los últimos 5 años? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Médico:				Si es así, cuál fue la enfermedad o el problema?			
Nombre							
Dirección/Ciudad/Estado/Código:				Está tomando o ha tomado recientemente algún medicamento recetado o sin receta? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se encuentra usted sano/a? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si es así, por favor indique cuáles son, incluyendo vitaminas, preparados naturales o a base de hierbas y/o suplementos dietéticos:			
Ha habido algún cambio en su salud general durante el último año? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Si es así, qué condición le están tratando?							
Fecha de su último examen médico:							



# Información Médica Haga el favor de marcar su respuesta con una (X) para indicar si tiene o ha tenido alguna de las siguientes enfermedades o problemas.

(Marque NS si usted No Sabe la respuesta a esta pregunta)			Sí	No	NS																																																																																			
Usa lentes de contacto?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																					
<b>Articulaciones Artificiales.</b> Ha tenido algún reemplazo ortopédico total de una articulación (cadera, rodilla, codo, dedo)?																																																																																								
Fecha: _____ Si es así, ha tenido alguna complicación?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																					
Está tomando o tiene que empezar a tomar uno de estos medicamentos, alendronato (Fosamax®) o risedronato (Actonel®) por osteoporosis o enfermedad de Paget?																																																																																								
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																					
Desde 2001, ha sido o está siendo tratado/a, o tiene que empezar un tratamiento con estos bisfosfonatos intravenosos (Aredia® o Zometa®) por dolor en los huesos, hipercalcemia o por alteraciones esqueléticas resultantes de la enfermedad de Paget, del mieloma múltiple o de un cáncer metastásico?																																																																																								
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																					
Fecha del comienzo del Tratamiento: _____																																																																																								
<b>Alergias</b> - Es usted alérgico - o ha tenido alguna reacción - a:																																																																																								
En todas las respuestas <b>afirmativas</b> , especifique el tipo de reacción.																																																																																								
Anestésicos locales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																					
Aspirina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																					
Penicilina u otros antibióticos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																					
Barbituratos, sedativos o pastillas para dormir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																					
Sulfas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																					
Codena u otros narcóticos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																					
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Sí</th> <th>No</th> <th>NS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Metales</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Látex (goma)</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Yodo</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Polen (fiebre del heno)/ estacional</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Animales</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Alimentos</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Otros</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>						Sí	No	NS	Metales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Látex (goma)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Yodo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Polen (fiebre del heno)/ estacional	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Animales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alimentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																				
Sí	No	NS																																																																																						
Metales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																					
Látex (goma)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																					
Yodo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																					
Polen (fiebre del heno)/ estacional	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																					
Animales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																					
Alimentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																					
Otros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																					
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Sí</th> <th>No</th> <th>NS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Usa sustancias reguladas (drogas)?</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Usa tabaco (fumado, aspirado/rapé, masticado, en bidis)?</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Si es así, le interesaría dejar de hacerlo? (marque con un círculo) MUCHO / ALGO / NO ME INTERESA</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Bebe bebidas alcohólicas?</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Si es así, cuánto alcohol bebió en las últimas 24 horas?</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Si es así, cuánto bebe por lo general en una semana?</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>						Sí	No	NS	Usa sustancias reguladas (drogas)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Usa tabaco (fumado, aspirado/rapé, masticado, en bidis)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si es así, le interesaría dejar de hacerlo? (marque con un círculo) MUCHO / ALGO / NO ME INTERESA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bebe bebidas alcohólicas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si es así, cuánto alcohol bebió en las últimas 24 horas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si es así, cuánto bebe por lo general en una semana?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																								
Sí	No	NS																																																																																						
Usa sustancias reguladas (drogas)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																					
Usa tabaco (fumado, aspirado/rapé, masticado, en bidis)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																					
Si es así, le interesaría dejar de hacerlo? (marque con un círculo) MUCHO / ALGO / NO ME INTERESA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																					
Bebe bebidas alcohólicas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																					
Si es así, cuánto alcohol bebió en las últimas 24 horas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																					
Si es así, cuánto bebe por lo general en una semana?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																					
<b>SÓLO PARA MUJERES</b> Está usted:																																																																																								
Embarazada?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																					
Número de semanas: _____																																																																																								
Tomando píldoras anticonceptivas o de sustitución hormonal?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																					
Amamantando?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																					
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Sí</th> <th>No</th> <th>NS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Enfermedad autoinmune</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Artritis reumatoidea</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Lupus eritematoso sistémico</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Asma</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Bronquitis</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Enfisema</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Sinusitis</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Tuberculosis</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Cáncer/Quimioterapia/ Radioterapia</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Dolores de pecho por esfuerzo</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Dolor crónico</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Diabetes Tipo I o II</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Trastornos de alimentación</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Malnutrición</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Enfermedad gastrointestinal</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Reflujo G.E./ardor persistente</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Úlceras</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Alteraciones de la tiroides</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Derrame cerebral</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Glaucoma</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>						Sí	No	NS	Enfermedad autoinmune	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Artritis reumatoidea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lupus eritematoso sistémico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bronquitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfisema	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sinusitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tuberculosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cáncer/Quimioterapia/ Radioterapia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolores de pecho por esfuerzo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor crónico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabetes Tipo I o II	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trastornos de alimentación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Malnutrición	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad gastrointestinal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Reflujo G.E./ardor persistente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Úlceras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alteraciones de la tiroides	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Derrame cerebral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Glaucoma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sí	No	NS																																																																																						
Enfermedad autoinmune	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																					
Artritis reumatoidea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																					
Lupus eritematoso sistémico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																					
Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																					
Bronquitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																					
Enfisema	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																					
Sinusitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																					
Tuberculosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																					
Cáncer/Quimioterapia/ Radioterapia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																					
Dolores de pecho por esfuerzo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																					
Dolor crónico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																					
Diabetes Tipo I o II	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																					
Trastornos de alimentación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																					
Malnutrición	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																					
Enfermedad gastrointestinal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																					
Reflujo G.E./ardor persistente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																					
Úlceras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																					
Alteraciones de la tiroides	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																					
Derrame cerebral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																					
Glaucoma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																					
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Sí</th> <th>No</th> <th>NS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Válvula cardíaca artificial (prótesis)</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Previa endocarditis infecciosa</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Válvulas dañadas en corazón transplantado</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Enfermedad cardíaca congénita (ECC)</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>ECC cianótica, sin reparar</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Reparada en los últimos 6 meses (completamente)</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>ECC reparada con defectos residuales</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>						Sí	No	NS	Válvula cardíaca artificial (prótesis)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Previa endocarditis infecciosa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Válvulas dañadas en corazón transplantado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad cardíaca congénita (ECC)				ECC cianótica, sin reparar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Reparada en los últimos 6 meses (completamente)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ECC reparada con defectos residuales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																				
Sí	No	NS																																																																																						
Válvula cardíaca artificial (prótesis)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																					
Previa endocarditis infecciosa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																					
Válvulas dañadas en corazón transplantado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																					
Enfermedad cardíaca congénita (ECC)																																																																																								
ECC cianótica, sin reparar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																					
Reparada en los últimos 6 meses (completamente)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																					
ECC reparada con defectos residuales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																					
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Sí</th> <th>No</th> <th>NS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Enfermedad cardiovascular</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Angina</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Arterioesclerosis</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Insuficiencia cardíaca congestiva</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Daño en las válvulas cardíacas</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Infarto del miocardio</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Soplo en el corazón</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Presión arterial baja</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Presión arterial alta</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Otros defectos congénitos del corazón</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>						Sí	No	NS	Enfermedad cardiovascular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Angina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Arterioesclerosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Insuficiencia cardíaca congestiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Daño en las válvulas cardíacas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Infarto del miocardio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Soplo en el corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Presión arterial baja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Presión arterial alta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otros defectos congénitos del corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																								
Sí	No	NS																																																																																						
Enfermedad cardiovascular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																					
Angina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																					
Arterioesclerosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																					
Insuficiencia cardíaca congestiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																					
Daño en las válvulas cardíacas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																					
Infarto del miocardio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																					
Soplo en el corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																					
Presión arterial baja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																					
Presión arterial alta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																					
Otros defectos congénitos del corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																					
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Sí</th> <th>No</th> <th>NS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Prolapso de la válvula mitral</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Marcapasos</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Fiebre reumática</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Enfermedad cardíaca reumática</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Sangramiento anormal</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Anemia</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Transfusión sanguínea</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Si es así, fecha: _____</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Hemofilia</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>SIDA o infección por VIH</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Artritis</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>						Sí	No	NS	Prolapso de la válvula mitral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Marcapasos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fiebre reumática	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad cardíaca reumática	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sangramiento anormal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Transfusión sanguínea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si es así, fecha: _____				Hemofilia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SIDA o infección por VIH	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Artritis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																				
Sí	No	NS																																																																																						
Prolapso de la válvula mitral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																					
Marcapasos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																					
Fiebre reumática	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																					
Enfermedad cardíaca reumática	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																					
Sangramiento anormal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																					
Anemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																					
Transfusión sanguínea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																					
Si es así, fecha: _____																																																																																								
Hemofilia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																					
SIDA o infección por VIH	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																					
Artritis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																					
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Sí</th> <th>No</th> <th>NS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Hepatitis, ictericia o enfermedad hepática</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Epilepsia</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Desmayos o ataques epilépticos</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Alteraciones neurológicas</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Si es así, especifique: _____</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Alteraciones del sueño</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Alteraciones mentales</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Especifique: _____</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Infecciones recurrentes</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Tipo de infección: _____</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Alteraciones renales</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Sudor nocturno</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Osteoporosis</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Inflamación persistente de los ganglios del cuello</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Cefaleas graves/jaquecas</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Pérdida de peso severa o rápida</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Enfermedades venéreas</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Orina en forma excesiva</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>						Sí	No	NS	Hepatitis, ictericia o enfermedad hepática	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Epilepsia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Desmayos o ataques epilépticos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alteraciones neurológicas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si es así, especifique: _____				Alteraciones del sueño	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alteraciones mentales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Especifique: _____				Infecciones recurrentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tipo de infección: _____				Alteraciones renales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sudor nocturno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Osteoporosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Inflamación persistente de los ganglios del cuello	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cefaleas graves/jaquecas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pérdida de peso severa o rápida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedades venéreas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Orina en forma excesiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
Sí	No	NS																																																																																						
Hepatitis, ictericia o enfermedad hepática	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																					
Epilepsia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																					
Desmayos o ataques epilépticos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																					
Alteraciones neurológicas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																					
Si es así, especifique: _____																																																																																								
Alteraciones del sueño	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																					
Alteraciones mentales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																					
Especifique: _____																																																																																								
Infecciones recurrentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																					
Tipo de infección: _____																																																																																								
Alteraciones renales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																					
Sudor nocturno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																					
Osteoporosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																					
Inflamación persistente de los ganglios del cuello	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																					
Cefaleas graves/jaquecas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																					
Pérdida de peso severa o rápida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																					
Enfermedades venéreas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																					
Orina en forma excesiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																					
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Sí</th> <th>No</th> <th>NS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Le ha recomendado algún médico o su dentista anterior que tome antibióticos antes de su tratamiento dental?</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>						Sí	No	NS	Le ha recomendado algún médico o su dentista anterior que tome antibióticos antes de su tratamiento dental?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																												
Sí	No	NS																																																																																						
Le ha recomendado algún médico o su dentista anterior que tome antibióticos antes de su tratamiento dental?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																					
Nombre del médico o del dentista que se lo recomendó:			Teléfono:																																																																																					
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Sí</th> <th>No</th> <th>NS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Tiene alguna enfermedad, condición o problema que no figure más arriba y que cree que yo debería saber?</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>						Sí	No	NS	Tiene alguna enfermedad, condición o problema que no figure más arriba y que cree que yo debería saber?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																												
Sí	No	NS																																																																																						
Tiene alguna enfermedad, condición o problema que no figure más arriba y que cree que yo debería saber?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																					
Explique por favor:																																																																																								

**NOTA: Se encarece tanto al Doctor como al paciente que discutan detalladamente todos los aspectos relevantes de la salud del paciente antes del tratamiento.**

Certifico que he leído y comprendido lo que aparece más arriba y que la información entregada en este formulario es exacta. Comprendo la importancia de que la historia de salud sea fidedigna y de que mi dentista y su personal puedan confiar en ella para realizar mi tratamiento. Reconozco que todas mis dudas sobre las preguntas de este formulario han sido respondidas satisfactoriamente. Yo no responsabilizaré a mi dentista ni a ningún miembro de su personal por las acciones que puedan tomar debido a los errores o a las omisiones que yo haya podido cometer al completar este formulario.

Firma del Paciente/ Apoderado:

Fecha:

## A SER COMPLETADO POR EL ODONTÓLOGO/A

Comentarios: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Spouse or Responsible Party Information

The following is for: ☐ the patient's spouse ☐ the person responsible for payment

Name: \_\_\_\_\_  
☐ Male ☐ Female ☐ Married ☐ Single ☐ Child ☐ Other \_\_\_\_\_

Social Security #: \_\_\_\_\_ Birth Date: \_\_\_\_\_

Phone (Home): \_\_\_\_\_ (Work): \_\_\_\_\_ Ext: \_\_\_\_\_ Best time to call: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_  
 Street \_\_\_\_\_ Apartment # \_\_\_\_\_  
 City \_\_\_\_\_ State \_\_\_\_\_ Zip Code \_\_\_\_\_

### Employment Information

The following is for: ☐ the patient ☐ the person responsible for payment

Employer Name: \_\_\_\_\_ Occupation: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_  
 Street \_\_\_\_\_ City \_\_\_\_\_ State \_\_\_\_\_ Zip Code \_\_\_\_\_

### Insurance Information

#### Primary

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Is insured a patient? ☐ Yes ☐ No

Insured's Birth Date: \_\_\_\_\_ Last First MI ID #: \_\_\_\_\_ Group #: \_\_\_\_\_

Insured's Address: \_\_\_\_\_  
 Street \_\_\_\_\_ City \_\_\_\_\_ State \_\_\_\_\_ Zip Code \_\_\_\_\_

Insured's Employer Name: \_\_\_\_\_  
 Address: \_\_\_\_\_  
 Street \_\_\_\_\_ City \_\_\_\_\_ State \_\_\_\_\_ Zip Code \_\_\_\_\_

Patient's relationship to insured: ☐ Self ☐ Spouse ☐ Child ☐ Other \_\_\_\_\_

Nombre de Aseguransa: \_\_\_\_\_

#### Secondary

Name of Insured: \_\_\_\_\_ Is insured a patient? ☐ Yes ☐ No

Insured's Birth Date: \_\_\_\_\_ Last First MI ID #: \_\_\_\_\_ Group #: \_\_\_\_\_

Insured's Address: \_\_\_\_\_  
 Street \_\_\_\_\_ City \_\_\_\_\_ State \_\_\_\_\_ Zip Code \_\_\_\_\_

Insured's Employer Name: \_\_\_\_\_  
 Address: \_\_\_\_\_  
 Street \_\_\_\_\_ City \_\_\_\_\_ State \_\_\_\_\_ Zip Code \_\_\_\_\_

Patient's relationship to insured: ☐ Self ☐ Spouse ☐ Child ☐ Other \_\_\_\_\_

Insurance Plan Name and Address: \_\_\_\_\_

### Consent for Services

As a condition of your treatment by this office, financial arrangements must be made in advance. The practice depends upon reimbursement from the patients for the costs incurred in their care and financial responsibility on the part of each patient must be determined before treatment.

All emergency dental services, or any dental services performed without previous financial arrangements, must be paid for in cash at the time services are performed.

Patients who carry dental insurance understand that all dental services furnished are charged directly to the patient and that he or she is personally responsible for payment of all dental services. This office will help prepare the patients insurance forms or assist in making collections from insurance companies and will credit any such collections to the patient's account. However, this dental office cannot render services on the assumption that our charges will be paid by an insurance company.

A service charge of 1 1/2% per month (18% per annum) on the unpaid balance will be charged on all accounts exceeding 60 days, unless previously written financial arrangements are satisfied.

I understand that the fee estimate listed for this dental care can only be extended for a period of six months from the date of the patient examination.

In consideration for the professional services rendered to me, or at my request, by the Doctor, I agree to pay therefore the reasonable value of said services to said Doctor, or his assignee, at the time said services are rendered, or within five (5) days of billing if credit shall be extended. I further agree that the reasonable value of said services shall be as billed unless objected to, by me, in writing, within the time for payment thereof. I further agree that a waiver of any breach of any time or condition hereunder shall not constitute a waiver of any further term or condition and I further agree to pay all costs and reasonable attorney fees if suit be instituted hereunder.

I grant my permission to you or your assignee, to telephone me at home or at my work to discuss matters related to this form.

I have read the above conditions of treatment and payment and agree to their content.

\_\_\_\_\_  
 Date: \_\_\_\_\_ Relationship to Patient: \_\_\_\_\_

**FIRMA**

\_\_\_\_\_  
 Date: \_\_\_\_\_ Relationship to Patient: \_\_\_\_\_

Signature of guarantor of payment/responsible party