

**ARC DENTAL INC**  
**Dr. Fernando Marchetti D.D.S.**

**HISTORIA MÉDICA**

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_  
 Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Aunque el personal dental principalmente tratan el área y alrededor de su boca, su boca es una parte de su cuerpo. Los problemas de salud que pueda tener, o medicamentos que esté tomando, podrían tener una importante relación con la odontología que usted recibirá. Gracias por contestar las siguientes preguntas.

- ¿Está usted bajo el cuidado de un médico ahora?  Sí  No En caso afirmativo, sírvase explicar: \_\_\_\_\_  
 ¿Alguna vez ha sido hospitalizado o tenido una operación mayor?  Sí  No En caso afirmativo, sírvase explicar: \_\_\_\_\_  
 ¿Ha tenido alguna vez una lesión grave en la cabeza o en el cuello?  Sí  No En caso afirmativo, sírvase explicar: \_\_\_\_\_  
 ¿Está usted tomando algún medicamento, pastillas, o drogas?  Sí  No En caso afirmativo, sírvase explicar: \_\_\_\_\_  
 ¿Toma o ha tomado, Phen-Fen o Redux?  Sí  No \_\_\_\_\_  
 ¿Alguna vez a tomado Fosamax, Boniva, Actonel, o cualquier otro medicamento que contenga bifosfonatos?  Sí  No \_\_\_\_\_  
 ¿Esta usted en una dieta especial?  Sí  No \_\_\_\_\_  
 ¿Usa tabaco?  Sí  No \_\_\_\_\_  
 ¿Usted usa sustancias controladas?  Sí  No \_\_\_\_\_

Mujeres: ¿Está usted Embarazada o tratando de quedar embarazada?  Sí  No Toma anticonceptivos orales?  Sí  No Esta amamantando?  Sí  No

Es usted alérgico a cualquiera de los siguiente?  
 Aspirina  Penicilina  Codelna  Acrílico  Metálico  Látex  Anestésicas locales  Sulfamida  
 Otros En caso afirmativo, sírvase explicar: \_\_\_\_\_

¿Tiene, o ha tenido, cualquiera de los siguientes?

- |                                |   |                                  |   |  |   |                                    |   |
|--------------------------------|---|----------------------------------|---|--|---|------------------------------------|---|
| SIDA / HIV Positivo            | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Cortisona                        | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Hemofilia                              | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Tratamiento con radiación          | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Enfermedad de Alzheimer's      | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Diabetes                         | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Hepatitis A                            | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Pérdida de peso reciente           | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Anafilaxia                     | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Drogadicción                     | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Hepatitis B o C                        | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Diálisis renal                     | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Anemia                         | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Fácilmente pierde el aliento     | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Herpes                                 | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Fiebre reumática                   | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Angina                         | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Enfisema                         | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Presión arterial alta                  | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Reumatismo                         | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Artritis/Gota                  | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Epilepsia o convulsiones         | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Colesterol Alto                        | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Escarlatina                        | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Válvula del corazón artificial | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Sangrado excesivo                | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Ronchas o erupción cutánea             | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Herpes                             | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Articulación artificial        | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Sed excesiva                     | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Hipoglucemia                           | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Enfermedad de células talcoiformes | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Asma                           | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Desmayos / vértigo               | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Latido irregular del corazón           | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Problemas del seno nasal           | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Enfermedad arterial            | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Tos frecuente                    | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Problemas de los riñones               | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Espina Bífida                      | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Transfusión de sangre          | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Diarrea frecuente                | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Leucemia                               | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Enfermedad estomacal/intestinal    | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Problemas respiratorio         | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Dolores de cabeza frecuente      | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Enfermedades del Hígado                | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Ataque fulminante                  | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Cáncer                         | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Glaucomas                        | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Presión arterial baja                  | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Hinchazón de las extremidades      | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Moretonescon facilidad         | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Herpes Genital                   | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Enfermedad pulmonar                    | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Enfermedad de la Tiroides          | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Quimioterapia                  | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Alergia al polen                 | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Protapso de la válvula mitral          | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Amigdalitis                        | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Dolores en el pecho            | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Ataque/Falta del corazón         | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Osteoporosis                           | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Tuberculosis                       | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Herpes labial/Fiebre Ampollas  | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Soplo cardiaco                   | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Dolor en la articulación de la quijada | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Tumores o crecimientos             | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Cardiopatía congénita          | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Marcapasos en el Corazón         | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Enfermedad paratiroidea                | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Úlceras                            | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Convulsiones                   | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Problemas/Enfermedad del corazón | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Atención Psiquiátrica                  | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Enfermedad venérea                 | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
|                                |   |                                  |   |  |   | La ictericia amarilla              | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |

¿Ha tenido alguna enfermedad grave que no figura en la lista de arriba?  Sí  No En caso afirmativo, sírvase explicar: \_\_\_\_\_

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

En lo mejor de mi conocimiento, las preguntas de este cuestionario se han contestado correctamente. Entiendo que el proporcionar información incorrecta puede ser peligroso para mi salud (o del paciente). Es mi responsabilidad informar a la oficina dental de cualquier cambio en el estado médico.

Firma del paciente, padre o tutor \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**Arc Dental Inc.**  
**Dr. Fernando Marchetti , D.S.S.**

Fecha \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**INFORMACION DEL PACIENTE**

Nombre: _____		Apellido: _____	
Seguro Social: _____	Fecha de nacimiento ___/___/___	Licencia de conducir : _____	
Dirección : _____	Ciudad _____	Estado _____	Código Postal _____
Teléfono Casa: (    ) _____	Celular: (    ) _____	Sexo: -> M ___ F ___	
Correo electrónico : _____		Farmacia Preferida: _____	
Persona en caso de emergencia: _____	Relación: _____	Teléfono: (    ) _____	

**PRIMERA ASEGURANZA**

Es usted el responsable de esta plóiza ? Si \_\_\_ No \_\_\_

Nombre del asegurado: _____		Nombre Aseguranza : _____	
Relación del paciente con el asegurado: ->	Esposo (a): _____	Hijo(a) _____	Otro _____
Member ID: _____			
Nombre Empleador: _____			
Dirección : _____	Ciudad _____	Estado _____	Código Postal _____

**SEGUNDA ASEGURANZA**

Es usted el responsable de esta póliza ? Si \_\_\_ No \_\_\_

Nombre del asegurado: _____		Nombre Aseguranza : _____	
Relación del paciente con el asegurado: ->	Esposo (a): _____	Hijo(a) _____	Otro _____
Member ID: _____			
Nombre Empleador: _____			
Dirección : _____	Ciudad _____	Estado _____	Código Postal _____

**ARC Dental INC**  
DR. FERNANDO A. MARCHETTI, D.D.S

**RESPONSABILIDADES DEL PACIENTE**

YO ENTIENDO QUE SOY RESPONSABLE POR CUALQUIER COBRO Y/O PAGOS QUE ADEUDO POR LOS SERVICIOS DENTALES PRESTADOS POR ARC DENTAL INC.

YO ENTIENDO QUE CUALQUIER ACUERDO FINANCIERO Y/O PAGOS CALCULADOS ENTRE ARC DENTAL Y YO, SON BASADOS SOBRE LOS BENEFICIOS ESTIMADOS POR LA ASEGURANZA Y EL PAGO EXISTENTE PUEDE CAMBIAR.

YO ENTIENDO QUE SI MI COMPAÑIA DE SEGURO ME ENVIA LOS PAGOS DE LA ASEGURANZA, TIENEN QUE SER RETORNADOS DIRECTAMENTE A "ARC DENTAL INC" INMEDIATAMENTE DESPUES DE HABER RECIBIDO EL PAGO. ADEMAS CON TODOS LOS DOCUMENTOS ADJUNTOS.

YO ENTIENDO QUE SI YO DEJARA DE PAGAR LOS SERVICIOS DENTALES A ARC DENTAL, ELLOS TIENEN EL DERECHO PERMITIDO POR LA LEY DE BUSCAR EL PAGO, INCLUYENDO LOS INTERESES GASTOS DE COLECCION Y/O HONORARIOS DE ABOGADO.

**Política de faltar o fallar a una cita**

Trabajamos diligentemente para ver a todos nuestros pacientes de manera oportuna. Cuando no se viene a una cita la oficina queda un espacio sin paciente. Nuestra práctica se esfuerza por mantener nuestros precios bajos y competitivos y cita falladas por algunos, afectan a todos nuestros pacientes, y el resultado financiero puede ser significativo. Por lo tanto hemos instituido "Una Política de faltar a una cita" que indica que si la cita no se cancelada con un mínimo 48 de horas, se le cobrara un honorario de \$50.00 dólares.

NOMBRE DE PACIENTE: \_\_\_\_\_  
(POR FAVOR USE LETRA DE MOLDE)

FIRMA: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
(PERSONA RESPONSABLE)

**Reconocimientos Del Paciente  
ARC Dental Inc.**

Nombre Del Paciente: \_\_\_\_\_

**Reconocimiento de recibido del documento de las Prácticas de Privacidad**

Estoy consciente que he recibido de esta oficina, la información sobre las prácticas de privacidad

\_\_\_\_\_ (Iniciales)

**Reconocimiento de haber recibido la hoja Informativa Sobre los Materiales Dentales**

Acepto haber recibido de esta oficina una copia de la hoja informativa sobre Materiales Dentales.

\_\_\_\_\_ (Iniciales)

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Relación con el Paciente: \_\_\_\_\_

NOTIFICATION TO CONSUMERS DENTAL HYGIENISTS ARE LICENSED AND REGULATED BY THE DENTAL HYGIENE COMMITTEE OF CALIFORNIA  
**(916) 263-1978**  
[WWW.DHCC.CA.GOV](http://WWW.DHCC.CA.GOV)

## Como conoció sobre ARC Dental?

Familiar -> Nombre: \_\_\_\_\_

Amigo -> Nombre: \_\_\_\_\_

Seguridad (lista Dentistas)

### **En Internet**

Website  Google  Yelp  Twitter  Facebook  Otro

Doctor/Otro Dentista -> Nombre: \_\_\_\_\_

## Nos gustan los referidos

El mayor cumplido que nuestra oficina puede recibir, es cuando un paciente tan valioso como usted nos recomienda a un familiar o amigo.

Cada vez que haga una recomendación le agradeceremos con un regalo especial.

Por favor recordarles a sus familiares o amigos, que cuando ellos llamen a programar una cita, decir que usted muy amablemente nos recomendó.

**Gracias!**

**[www.arcdentalmodesto.com](http://www.arcdentalmodesto.com)**

**Síguenos en:**



**facebook Google**