Q DENTAL
5330B FM 1960, Humble, TX 77346
(281) 852-2230
www.qdentaltx.com

Formulario para pacientes nuevos

Bienvenido/a a Q Dental. Complete las tres páginas. Con gusto le ayudamos.

1. Datos del paciente

Nombre completo: _____

Fecha de nacimiento: _____ Fecha de hoy: _____

Teléfono: _____ Correo electrónico: _____

Dirección / Apartamento: _____

Ciudad / Estado / Código postal: _____

Nombre o idioma de preferencia (opcional): _____

Contacto de emergencia

Nombre / parentesco: _____

Teléfono: _____

Padre, madre o tutor legal (si corresponde)

Nombre / parentesco: _____ Teléfono: _____

Seguro y persona responsable del pago

Entregue su identificación con foto y tarjeta(s) de seguro dental en recepción.

Titular del seguro, si no es el paciente: _____

Fecha de nacimiento del titular / parentesco: _____

Responsable del pago: ☐ Paciente ☐ Otra persona (complete abajo)

Nombre / parentesco: _____ Teléfono: _____

Dirección, si es diferente: _____

Su visita

Motivo de la visita o inquietud principal: _____

_____

Última visita dental (fecha aproximada): _____

Q DENTAL
5330B FM 1960, Humble, TX 77346
(281) 852-2230
www.qdentaltx.com

2. Historial de salud

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Marque las condiciones que tiene o ha tenido. Si tiene dudas, pregúntenos.

☐ Enfermedad del corazón / infarto / derrame cerebral ☐ Presión alta
☐ Problema o reemplazo de válvula / infección del corazón ☐ Marcapasos
☐ Trastorno de sangrado ☐ Diabetes ☐ Problema de tiroides
☐ Asma / enfermedad pulmonar ☐ Apnea del sueño ☐ Convulsiones / desmayos
☐ Enfermedad renal ☐ Enfermedad del hígado / hepatitis ☐ VIH / problema inmunitario
☐ Cáncer / quimioterapia / radiación ☐ Prótesis articular ☐ Osteoporosis
☐ Ansiedad / depresión / otra condición de salud mental ☐ Otra: _____
☐ Ninguna de las anteriores

Detalles, otras condiciones o cirugía / hospitalización reciente: _____

Médico / clínica: _____ Teléfono: _____

Alergias y medicamentos

Alergias o reacciones (medicinas, látex, materiales dentales): ☐ Ninguna conocida

Sustancia y reacción: _____

Medicinas y dosis (con o sin receta), vitaminas y suplementos: ☐ Ninguno ☐ Lista adjunta

---

Preguntas adicionales — marque su respuesta

¿Ha tomado medicinas para fortalecer los huesos (como Fosamax o Prolia)? Sí / No
¿Le indicaron tomar antibióticos antes de la atención dental? Sí / No / No sé
¿Tuvo problemas con tratamientos dentales, anestesia local o sedación? Sí / No

Si respondió «Sí» o «No sé», explique: _____

¿Está o podría estar embarazada? Sí / No / No aplica ¿Está amamantando? Sí / No
Tabaco / vapeo, alcohol, cannabis u otras drogas (tipo / frecuencia), o «ninguno»:

Confirmo que la información es correcta hasta donde sé. Informaré a Q Dental de cualquier cambio antes del tratamiento.

Firma del paciente o tutor legal: _____ Fecha: _____

Q DENTAL
5330B FM 1960, Humble, TX 77346
(281) 852-2230
www.qdentaltx.com

Privacidad y política financiera

Nombre del paciente: _____

3. Privacidad (HIPAA)

Q Dental protege su información de salud y la usa o comparte para su atención, pagos y operaciones del consultorio según lo permite la ley. Nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad completo explica estos usos, sus derechos y cómo hacer preguntas o presentar una queja.

Constancia de recepción

Recibí el Aviso de Prácticas de Privacidad de Q Dental. Mi firma confirma que lo recibí; no significa que renuncie a mis derechos de privacidad.

Firma del paciente o tutor legal: _____ Fecha: _____

4. Política financiera y de citas

Pago. Le explicaremos la atención recomendada y los costos estimados antes del tratamiento. Su parte del pago vence el día de la visita, salvo acuerdo previo.

Seguro. Podemos enviar reclamaciones y comunicarnos con su aseguradora. La cobertura estimada no es una garantía. Usted es responsable de deducibles, copagos y cargos no cubiertos, conforme a la ley y los contratos del plan.

Presupuestos. Los presupuestos son válidos por 90 días. Si cambian sus necesidades de tratamiento o los costos, revisaremos el nuevo presupuesto con usted antes de continuar.

Citas. Avise con al menos 24 horas de anticipación para cancelar o cambiar su cita. Faltar o cancelar con menos aviso tiene un cargo de $50, salvo que ocupemos ese horario con otro paciente o que la ley o su plan prohíban el cargo.

Acuerdo

He leído y acepto la política financiera y de citas. Autorizo a Q Dental a enviar reclamaciones al seguro y comunicarse con mi aseguradora sobre ellas. He tenido la oportunidad de hacer preguntas.

Firma del paciente o responsable del pago: _____

Nombre en letra de molde / parentesco: _____ Fecha: _____

Este formulario no autoriza procedimientos dentales específicos. Le explicaremos el tratamiento recomendado y obtendremos su consentimiento antes de realizarlo.