

Polished Historia de la Salud

Nombre: _____ Género M F O Cumpleaños: ____/____/____
(primer) (último) (mes) (día) (año del Nacimiento)

Correo electrónico _____ Teléfono del día: _____

Información dental:

- 1. Fecha del último chequeo dental: _____
- 2. Tengo un dentista local SI NO Nombre del dentista: _____
- 3. Necesito tomar antibióticos antes del tratamiento dental Si ¿Por qué? _____ NO
- 4. Tengo una articulación artificial o un reemplazo de válvula cardiaca. Si No

Información médica:

- 1. Estoy bajo el cuidado de un médico ahora: SI NO
- 2. Mi hijo está bajo cuidado médico ahora. SI para _____ NO
- 3. Tengo o tuve antes: Anemia _ Asma _ Convulsiones _ Diabetes _____ Epilepsia _ Seizures _____ Glaucoma _
Problemas cardíacos: _ Murmullo cardíaco _____ Sustitución de la válvula cardíaca _ Hepatitis _ Riñón /
Hígado _ Reumático Fiebre _____ Sustitución de las articulaciones Trastorno inmunitario / VIH / SIDA
_ Tuberculosis _ Otros: _____
- 4. Estoy tomando medicación SÍ nombre del medicamento _____ NO
- 5. Soy alérgico a: Penicilina Antibiótico Aspirina Látex Alimentos Otros:

6. Demografía:

La siguiente información es para el Estado Libre Asociado de Massachusetts.

Soy: Negro / afroamericano _____ Blanco _____ Asiático _____ Indio americano / Alaskan Nativo _____ Nativo de
Hawai / Islas del Pacífico _____ Hispano _____ Más de una carrera _____ No quiero responder _____

Seguro: Estamos obligados a notificarle que el tratamiento proporcionado puede afectar sus futuros beneficios de seguro dental.

Información del seguro

Mi hijo tiene el siguiente seguro dental:

- No hay seguro dental
- Número de RID de MassHealth: _____
- Delta BC / BS Otro _____

Política individual # _____

Política de grupo # _____



Información del Suscriptor

Nombre del Suscriptor: _____ Suscriptor Fecha de Nacimiento: Month __ Day __ Year ____

Acepto que la información de salud anterior es correcta. Doy mi consentimiento para que Polished LLC: proporcione exámenes dentales (revise los dientes, la boca y las encías), limpiezas (elimine la placa y otros depósitos), tratamientos con barniz de flúor (para proteger de las caries) y selladores dentales (aplicados a los dientes, cuando sea necesario) prevenir las caries); Plata Fluoruro de diamina (para evitar que una caries se agrande) para confirmar el seguro y facturar a mi seguro por la atención brindada. He leído la Política de HIPAA de Polished LLC (al dorso y en www.polishedteeth.com) y entiendo que puedo solicitar una copia de la política para mis registros. Acepto recibir correos electrónicos o mensajes telefónicos con respecto a la atención de mi hijo. Entiendo que puedo continuar obteniendo cuidado dental a través de cualquier otro proveedor. Contacto: Ellen Gould RDH MPA Correo electrónico: ellengould@polishedteeth.com; teléfono o texto (508) 237-5378, correo: POB 936 West Chatham, MA. 02669

FIRME AQUI:

Fecha _____

POR FAVOR ENVÍE ESTE FORMULARIO COMPLETADO A: PolishedVHCA@gmail.com, O: (508) 237-5378

Información de Contacto: Ellen Gould RDH correo electrónico: ellengould@polishedteeth.com; teléfono: 508.237.5378