

REGISTRO DE PACIENTES

PACIENTE

Nombre: Apellido _____ Primer _____ Medio Init. _____
Nombre preferido _____ Sexo: M F Estado civil _____ Fecha de nacimiento _____ Edad _____
Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
Teléfono: Casa _____ Trabajo _____ Ext _____ Celular _____
E-Mail _____ Número de seguro social _____ - _____ - _____ Empleador _____
Contacto emergencia _____ Relación _____ Teléfono _____
¿CÓMO SE ENTERÓ ACERCA DE NUESTRA OFICINA? Listín Diario Internet Google Yelp Yahoo
Otros _____ ¿Podemos agradecer a otro paciente por referir? _____

PERSONA RESPONSABLE Igual que arriba

Relación con el paciente (círculo uno): Solo Esposo Padres Otros _____
Nombre: Última _____ Primer _____ Medio Init. _____
Preferred Name _____ Sexo: M F Estado civil _____ Fecha de nacimiento _____ Edad _____
Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
Teléfono: Casa _____ Trabajo _____ Ext _____ Celular _____
E-Mail _____ Número de seguro social _____ - _____ - _____ Empleador _____

SEGURO DENTAL En el Archivo

Empleador o nombre de grupo _____
Compania del Seguro _____
Numero del grupo _____
Nombre del asegurado _____
Fecha de nacimiento del asegurado _____
Identificación del asegurado _____

2nd SEGURO DENTAL

Empleador o nombre de grupo _____
Compania del Seguro _____
Numero del grupo _____
Nombre del asegurado _____
Fecha de nacimiento del asegurado _____
Identificación del asegurado _____

CONSENT (Please read carefully and sign below)

- La información anterior es fiel a lo mejor de mi conocimiento.
- Yo autorizo al doctor a tomar radiografías, modelos de estudio, fotografías o cualquier otra ayuda de diagnóstico considerada apropiados por el médico para realizar un diagnóstico exhaustivo de las necesidades del paciente dental. También autorizo al doctor para llevar a cabo todas las formas de tratamiento, medicación y terapia que puede ser indicada. También entiendo que el uso de agentes anestésicos encarna un cierto riesgo.
- Entiendo que los médicos no están contratados o "prefirieron" de los proveedores con mi compañía de seguros, y en última instancia responsable de todos los gastos dentales. Los co-pagos y deducibles se calcula solamente, y no podemos garantizar cuánto, en todo caso, su seguro pagará. Estas tarifas son pagaderas en el momento que se prestan los servicios. También asignar todas las prestaciones del seguro al médico. Cualquier pago recibido por el médico de mi seguro será acreditado a mi cuenta, o devuelto a mí si he pagado los gastos dentales incurridos. Además, entiendo que se añadirá un cargo a cualquier saldo vencido.
- Yo autorizo llamadas, textos, y correos electrónicos automaticos como recordatorio de mis citas a menos que opte que no.
- Reconozco que he recibido la hoja de datos de materiales dentales y el aviso de prácticas de privacidad.
- Reconozco que estoy sujeto a un cargo de \$50 para cualquier cita cancelada sin aviso de 24 horas.

Paciente, o si es menor de edad, _____ Fecha _____
los padres o tutor legal firma

HISTORIA DE LA SALUD

HISTORIA DENTAL

Última fecha de la visita Dental _____ Última fecha de radiografías serie completa _____

Nombre del dentista anterior _____ Ciudad _____ Estado _____

¿Tiene problemas ahora? S N ¿Qué? _____

Tasa de su actual salud dental (círculo): Pobre Regular Buena Excelente

	Sí	No	
¿Regularmente usa hilo dental?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Por favor, alinee las siguientes en el orden en el cual podrían mantener lo de tener tratamiento dental (1, 2, 3, 4): _____ El miedo al dolor _____ Costo del tratamiento _____ Falta de preocupación _____ Tiempo de trabajo perdido
¿Tus encías sangran o se sienten sensibles o irritadas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
¿Ha tenido tratamiento Periodontal (encías)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
¿Usas parciales o prótesis dentales?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
¿Los dientes son sensibles a caliente, frío, dulces o presión?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
¿Rechina o aprieta los dientes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
¿Tiene dolores de cabeza, dolor de oídos o dolor de cuello?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
¿Usa aparatos en los dientes? Año _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
¿Estás insatisfecho con la apariencia de los dientes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
¿Quieres que tu sonrisa se vea mejor o diferente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
¿Eres aprensivo acerca de tratamiento dental?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

HISTORIAL MÉDICO

	Sí	No	Si sí, explique:
¿Tienes problemas de salud actuales?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
¿Estás bajo cuidado de un médico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
¿Qué medicamentos está tomando actualmente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
¿Fuma o masca tabaco?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
¿Alguna vez ha tomado los bifosfonatos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
¿Estás embarazada?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fecha debito: _____

POR FAVOR √ SÍ O NO DE LOS SIGUIENTES QUE USTED HA TENIDO O TIENE ACTUALMENTE:

	Sí	No		Sí	No		Sí	No
Contra el SIDA / VIH +	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cáncer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hepatitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anafilaxia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Quimioterapia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Presión arterial alta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tos (persistente)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor en la mandíbula	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Artritis (reumatismo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad del riñón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dificultad para respirar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Epilepsia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad hepática	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Articulaciones artificiales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Desmayos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Amigdalitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tuberculosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas nerviosos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atópica (alergia propensa)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Glaucoma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Marcapasos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas de espalda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolores de cabeza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cuidado psiquiátrico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedad de la sangre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Soplo cardíaco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cambio de peso rápida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problema circulatorio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tabaquismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tratamiento de radiación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tejas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cirugía cardíaca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad respiratoria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tratamiento de cortisona	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hemofilia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fiebre reumática	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erupción en la piel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Herpes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Escarlatina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si contestó sí a alguna de las preguntas mencionadas anteriormente, por favor explique: _____

¿Es usted alérgico o tienen usted REACCIONÓ negativamente a cualquier de los siguientes (círculo):

Aspirina Anestésico Local Eritromicina Óxido Nitroso Codeína Penicilina Latex

Otros (por favor indique) _____

Médico _____ Teléfono _____

Firma del paciente/Padre/Tutor Legal _____ Fecha _____

Dentista firma _____ Fecha _____