



Ria Flores-Tamayo D.D.S., Inc.

Family & Cosmetic Dentistry

14425 W. McDowell Road, Suite F106
Goodyear, Arizona 85395;
www.goodyeardentistry.com

"Healthy Teeth... Healthy Life Style"

Office No. (623)-341-3390; (623)-925-8208
Fax: (623)-925-8108;
Email: dr.ria@goodyeardentistry.com

REGISTRO DEL PACIENTE E HISTORICA CLINICA

(POR FAVOR, ESCRIBA EN LETRA DE IMPRENTA)

Fecha : _____ Telefono Particular (____) _____

Paciente _____

Apellido _____ Primer Nombre _____ Inicial _____ Nombre Preferido _____

Direccion-Calle _____ Ciudad _____ Estado _____ Codigo Postal _____

Sex ____ M ____ F Edad _____ Fecha De Nacimiento _____ Soltero(a) Casador(a) Virudo(a) Separado(a) Divorciado(a)

Empleado(a) por _____ Ocupacion _____

Direccion Del Empleador _____ Telefono Del Empleador (____) _____

Nombre del Conyuge/Padre o Madre _____ Fecha de Nacimiento Del Conyuge/Padre or Madre _____

Conyuge/Padre o Madre Empleador por _____ Ocupacion _____

Direccion Del Empleador _____ Telefono Del Empleador (____) _____

Quen es responsable por esta cuenta? _____ Relacion con el Paciente _____

No. de Seguro Social _____ No. de Seguro Social del Conyuge/Padre o Madre _____

Nombre de la Compania del Seguro Dental _____ Grupo Numero _____

En caso de emergencia, a quien se debera notificar? _____ Grupo Numero _____

A quien podemos agradecer por habernos referido a UD.? _____

HISTORICA CLINICA

Nombre del Medico _____ Fecha del Ultimo Examen Fisico _____

Ha tenido Ud. Alguna vez algo de los siguiente? (marque las castillas que correspondan):

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Problemas del Corazon | <input type="checkbox"/> Epilepsia | <input type="checkbox"/> Dieta Especial |
| <input type="checkbox"/> Presion Sanquinea Alta | <input type="checkbox"/> Dolores de Cabeza | <input type="checkbox"/> Glandulas del Cuelto Hinchadas |
| <input type="checkbox"/> Presion Sanquinea Baha | <input type="checkbox"/> Hepatitis, Ictericia o Enfermedad del Hgado | <input type="checkbox"/> Fiebre Reumatica |
| <input type="checkbox"/> Problemas Circulatorios | <input type="checkbox"/> Cancer | <input type="checkbox"/> Problemas de la Sinus |
| <input type="checkbox"/> Problemas Nerviosos | <input type="checkbox"/> Tratamiento Siquiatrico | <input type="checkbox"/> VIH/SIDA u Otros |
| <input type="checkbox"/> Radioterapia | <input type="checkbox"/> Diarrea Cronica | <input type="checkbox"/> Trastornos Inmunosupresores |
| <input type="checkbox"/> Articulaciones o Valvulas Del Corazon Artificiales | <input type="checkbox"/> Alergias a Anestias | <input type="checkbox"/> Embolia Cerebral |
| <input type="checkbox"/> Reciente Perdida de Peso | <input type="checkbox"/> Alergias a Medicinas o Drogas | <input type="checkbox"/> Ulcera |
| <input type="checkbox"/> Problemas de la Espalda | <input type="checkbox"/> Alergias Generales | <input type="checkbox"/> Enfermedades Venereas |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Enfermedad de la Sangre | <input type="checkbox"/> Drogaadiccio |
| <input type="checkbox"/> Enfermedades Respiratorias | <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Hemofilia |

Tiene Ud. Alguna alergia a medicamentos, o ha tenido Ud. Alguna vez una reaccion adversa a algun medicamento? _____

Si la respuest es afirmativa, a que? _____

Ha reaccionao Ud. Alguna vez adversamenta a un tratamiento medico o dental? _____

Esta tomando Ud. Actualmente algun medicamento? _____ Si la respuesta es afirmativa cual? _____

De Ionimin, Adipex, Fastin (nombres de Marcas de fentermina), Pondimin (fenfluramina) y Redux (dexfenfluramine). Si No

Esta Ud. Bajo el cuidado de un medico?). Si No Por el tratamiento de que condiciones? _____

Si el paciente es un nino, cuanto pesa el nino? _____

(Mujeres) Sospecha Ud. Que esta embarazado?). Si No Esta Ud. Amamantando a un bebe? Si No

Hay alguna otra cosa que nosotros debieramos saber sobre su historia clinica? _____

La information de arriba es correcta y completa, a mi leal saber y entender, y se proporciona con el unico objeto de que se use en mi tratamiento, para facturacion, y para procesamiento ante el seguro de los beneficios a los que tengo derecho. Yo no have responsable a mi dentista ni a ningun intregante.

Fecha _____ Firma _____



Ria Flores-Tamayo D.D.S., Inc.

Family & Cosmetic Dentistry

14425 W. McDowell Road, Suite F106
Goodyear, Arizona 85395;
www.goodyeardentistry.com

"Healthy Teeth... Healthy Life Style"

Office No. (623)-341-3390; (623)-925-8208
Fax: (623)-925-8108;
Email: dr.ria@goodyeardentistry.com

TRASPASO DE LOS BENEFICIOS DEL SEGURO Y AUTHORIZACION PARA LA DIVULGACION DE INFORMATION

Yo, el suscrito, tengo seguro con _____
(Nombre de la(s) Companias (s) de Seguros

Y transpaso directamente al Dr. _____ todos los beneficios del seguro, si los hubiere, que de otra manera son pagaderos a mi por servicios prestados. Yo entiendo que soy financieramente responsable por todos los cargos incurridos, ya sea que son pagados por el seguro o no. Por el presente yo autorizo al doctora divulgar toda la informacion que sea necesaria para asegurar el pago de los beneficios. Yo autorizo el uso de esta firma en todas las presentaciones que se hagan ante el seguro, ya sea que son hechas manualmente o electronicamente.

Fecha

Firma

CONSENTIMIENTO SOBRE MENOR/NINO

Yo, siendo el padre o tutor de _____ por el presente
Nombre del menor/nino

Solicito del y autorizo al personal dental que preste los servicios dentales necesarios para mi nino , incluyendo pero no limitados a, radiografias y la administracion de anesthesia, que sean considerados aconsejables por el doctor, sea que yo este presente o no en la cita dental cuando el tratamiento se lleve a cabo.

Fecha

Firma del Asegurado/Tutor

ACUERDO FINANCIERO

Yo acepto que el pago de los servicios dentales se vence cuando se realice el tratamientom, a memos que se hayan hecho otros arreglos. Yo estoy de acuerdo en que los padres o los tutores son responsables por todos los honorarios y servicios prestado para el tratamiento de un menor/nino. Yo acepto responsabilidad financiera total por todos los cargos no cubiertos pos el seguro.

Fecha

Firma del Asegurado/Tutor

ACTUALIZACION DE LA HISTORICA CINICA

Ha ocurrido algun cambio en su salud desde su ultima cita dental? Si No

Para que condiciones? _____

Esta tomando Ud. Algun medicamento Nuevo? _____ Si la respuesta es afirmativa cual? _____

Fecha

Firma del Asegurado/Tutor

Fecha

Firma del Asegurado/Tutor

ACTUALIZACION DE LA HISTORICA CINICA

Ha ocurrido algun cambio en su salud desde su ultima cita dental? Si No

Para que condiciones? _____

Esta tomando Ud. Algun medicamento Nuevo? _____ Si la respuesta es afirmativa cual? _____

Fecha

Firma del Asegurado/Tutor

Fecha

Firma del Asegurado/Tutor