

Drs. Nishimine, Nishimine & Tseng
1406 E. Alluvial #101
Fresno, Ca 93720

Phone 559-229-6557
Fax 559-229-7183

Historia e Informacion del Paciente

NOMBRE: _____ EDAD: ____ SEXO: ____ FECHA DE NACIMIENTO: _____
 APPELLIDO PRIMERO SEGUNDO
DOMICILIO (HOGAR): _____ TELEFONO: _____
 CALLE CIUDAD ESTADO/CODIGO
DOMICILIO (TRABAJO): _____
 CALLE CIUDAD ESTADO/CODIGO
EMPLEADOR: _____ OCUPACION: _____
NUMERO DE SEGURO SOCIAL: _____ ESTADO Y FECHA DE CADUCIDAD: _____
ESTADO CIVIL: _____

Bienvenido a nuestra practice y gracias por tomarse el tiempo para llenar esta informacion ya que audara prestacion una evaluacion precisa de sus necesidades y deseos de trato.

COMPANIA DE SEGUROS

Nombre de la Empresa: _____
Domicilio: _____
Telefono: _____
Empleador: _____
Seguro Social: _____
Fecha de Nacimiento: _____

COMPANIA DE SEGUROS (SEGUNDO)

Nombre de la Empresa: _____
Domicilio: _____
Telefono: _____
Empleador: _____
Seguro Social: _____
Fecha de Nacimiento: _____

Nuestra Oficina Politica

1. A menos que se requiere atención de emergencia, un examen a fondo y se hará una estimación de los costes se preparará para su aceptación antes del tratamiento se inicia.
2. En el caso de los menores, pedimos que cualquiera de los padres aprobar los tratamientos dentales y de pago antes de prestar los servicios. Nos atenemos estrictamente a esta política a fin de evitar malentendidos.
3. La tasa de atención de emergencia o servicios que requieren una sola visita se paga a la finalización de la cita.

Los Créditos de Seguro

Para evitar malos entendidos, nuestra política en relación con seguro dental es la siguiente:

1. Nuestra responsabilidad es para usted, el paciente.
2. Pago por los servicios prestados es la responsabilidad personal del paciente, independientemente de el pago del seguro.
3. Haremos todo lo posible para ayudarle a asegurar una reclamación por su dentista de completar las formas

Reconocimiento y la Autoridad

Consentimiento para el tratamiento según sea necesario o conveniente para el cuidado del paciente en primer lugar por encima de, incluyendo pero no limitado a lo que los riesgos, las drogas, la medicina, los resultados o la realización de operaciones y de laboratorio, rayos xy, o de otros estudios que puedan ser utilizados por los asistentes médico o un designado. Fotos pueden ser utilizados para fines educativos o de conferencias, pero la identidad no se reveló. Asimismo, reconozco la plena responsabilidad por el pago de estos servicios y se compromete a pagar por ellos, en su totalidad, en el momento si el servicio, a menos que otros arreglos se hacen por escrito con el departamento financiero.

FIRME: _____ FECHA: _____

Cual es el proposito de su visita: _____

Cómo se enteró de nuestra oficina: _____

Tratamiento Dental: Ordontica: _____ Dentista General: _____

Ha experimentado desfavorable de tracción a cualquier tratamiento dental anterior. SI: _____ NO: _____

Necesita antibióticos para tratamiento dental. SI: _____ NO: _____

Historia Medica

Nombre de los medicos: Telefono:
Fecha de la última revisión médica: Razon:
Nombre de la persona a contactar en caso de emergencia: Telefono:
Has estado en el hospital en los últimos 5 años? SI: NO: Razon:
Ha tenido enfermedades graves o de las operaciones? SI: NO: Razon:
Ha tomado la dieta de drogas Fen-Phen o Redux? SI: NO: Cuando:
Está tomando medicamentos para la osteoporosis o la sangre (como aspirina)? SI: NO:
Está utilizando cualquier drogas recreativas o de tabaco? SI: NO:
(Para las mujeres) ¿Está usted embarazada? SI: NO:

Tiene ahora o ha tenido alguna de las siguientes

Enfermedades cardíacas, marcapasos, latido irregular del corazón, endocarditis SI: NO:
Si falta la respiración con actividad limitada o cuando acostado: SI: NO:
Dolor de pecho, angina de pecho o un ataque al corazón SI: NO:
La fiebre reumática o cardiopatía reumática SI: NO:
Murmer corazón, prolapso de la válvula mitral, prótesis o válvulas artificiales SI: NO:
Derrame cerebral, graves dolores de cabeza, entumecimiento, hormigueo o sensación SI: NO:
La presión arterial alta o baja presión arterial SI: NO:
Desmayos, convulsiones o epilepsia SI: NO:
Tratamiento psiquiátrico SI: NO:
Problemas pulmonares (TB asma, enfisema, u otros problemas respiratorios SI: NO:
Enfermedad hepática o renal SI: NO:
Sangrado prolongado o trastorno de la sangre SI: NO:
Diabetes: ¿Con qué frecuencia cheque? Veces / día Lectura AC1 SI: NO:
Enfermedad venérea SI: NO:
Enfermedad de la tiroides SI: NO:
Cáncer o el tratamiento del cáncer Tipo / Fecha SI: NO:
Trastornos inmunosupresores (SIDA, Lupus, etc.) SI: NO:
Úlcera SI: NO:
Implantes artificiales, las caderas, o de otro tipo SI: NO:

Tiene usted se enferma, en cualquier alergia a la muestra, o han dicho no a tomar los siguientes medicamentos?

Anestésico como Novacaine, xylocaina SI: NO:
Antibiotcos, penicilina, aspirina, codeína SI: NO:
Otros medicamentos o de látex SI: NO:

Haga una lista de todos los medicamentos que está tomando de forma regular y cualquier restricción que pueda tener o necesitar o requerir consulta con su médico.

Horizontal lines for listing medications and restrictions.