

REGISTRO DEL PACIENTO

Nombre: _____ Apellido: _____ Segundo Nombre: _____

El paciente es: Parte Responsable Asegurado

Parte Responsable: (si es persona distinta al paciente)

Nombre: _____ Apellido: _____ Segundo Nombre: _____

Dirección: _____ Apto: _____

Ciudad, Estado, Código Postal: _____

Teléfono Casa: _____ Trabajo: _____ Celular: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Seguro Social #: _____

Parte responsable es titular de la póliza para el paciente Titular de la Póliza Titular de la Política de secundaria

Información del Paciente:

Dirección: _____ Apto: _____

Ciudad, Estado, Código Postal: _____

Teléfono Casa: _____ Trabajo: _____ Celular: _____

Sexo: Masculino Femenino Estado Civil: Casado/a Soltero/a Divorciado/a Separado/a Viudo/a

Fecha de Nacimiento: _____ Seguro Social #: _____

Correo Electronico: _____

Gracias por confiar en nosotros con su salud. Nos comprometemos a hacer todo lo posible para ofrecerle la mejor atención disponible. Si tiene alguna pregunta por favor no dudes en llamar.

¿A quién podemos agradecer por referirle?

Información del Seguro Principal:

Nombre del asegurado: _____

ID Empleador: _____

Seguro Social del Asegurado #: _____

Empleador: _____

Dirección: _____

Dirección 2: _____

Ciudad, Estado, Código Postal: _____

Relación con el Asegurado: Propio Cónyuge Hijo/a Otro

ID de Portador: _____

Fecha de Nacimiento del Portador: _____

Compañía Aseguradora: _____

Dirección: _____

Dirección 2: _____

Ciudad, Estado, Código Postal: _____

Yo certifico que yo, y / o mi dependiente (s), tienen cobertura de seguro con _____ y traspaso directamente al Dr. _____ todos los beneficios del seguro, en su caso, de lo contrario son pagaderos a mí por los servicios prestados. Yo entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos sean o no pagados por el seguro. Yo autorizo el uso de mi firma en todas las sumisiones de seguros.

El dentista antes mencionado puede utilizar mi información de salud y puede revelar dicha información a la compañía de seguros antes mencionados y sus agentes con el fin de obtener pagos por servicios y la determinación de los beneficios del seguro o los beneficios pagaderos por servicios relacionados. Este consentimiento terminará cuando mi plan de tratamiento actual se complete o un año desde la fecha de la firma a continuación.

Firma del Paciente, Padre, Tutor o Representante Personal

Fecha

HISTORIAL MEDICO

Aunque el personal dental trata principalmente el área en y alrededor de la boca, su boca es parte del cuerpo entero. Los problemas médicos que tenga, o medicamento que esté tomando, podría tener una relación importante con la odontología que usted reciba. Gracias por responder las siguientes preguntas.

- ¿Esta usted bajo el cuidado de un médico ahora? Si No En caso afirmativo, explique: _____
- ¿Alguna vez ha sido hospitalizado o tenido una operación? Si No En caso afirmativo, explique: _____
- ¿Se ha lesionado en la cabeza o cuello? Si No En caso afirmativo, explique: _____
- ¿Está tomando algún medicamento, pastillas, o drogas? Si No En caso afirmativo, explique: _____
- ¿Toma o ha tomado, Phen-Fen o Redux? Si No
- ¿Tiene una dieta especial? Si No
- ¿Usa tabaco? Si No
- ¿Usa sustancias controladas? Si No

Mujeres: Esta

¿Embarazada / Tratando de quedar embarazada? Si No ¿Tomando anticonceptivos orales? Si No ¿Amamantando? Si No

¿Alérgico a lo siguiente?

- Aspirina Penicilina Codeína Acrílico Metal Látex Anestesia Local
- Otro En caso afirmativo, explique: _____

¿Tiene, o ha tenido, cualquiera de los siguientes?

Sida/ VIH Positivo	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Medicina de Cortisona	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Hemofilia	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Diálisis Renal	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
Enfermedad de Alzheimer	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Diabetes	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Hepatitis A	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Fiebre Reumática	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
Anafilaxia	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Drogadicción	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Hepatitis B o C	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Reumatismo	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
Anemia	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Fácilmente sin Aliento	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Herpes	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Escarlatina	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
Angina	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Enfisema	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Presión Arterial Alta	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Herpes (Shingles)	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
Artritis/Gota	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Epilepsia o Convulsiones	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Urticaria o Sarpullido	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Enfermedad de células falciformes	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
Válvula del corazón artificial	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Sangrado Excesivo	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Hipoglucemia	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Problema Sinusal	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
Articulación Artificial	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Sed Excesivo	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Latido del Corazón Irregular	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Espina Bífida	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
Asma	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Desmayo/ Mareo	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Problemas de los ríñones	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Enfermedad Estomacal/Intestinal	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
Enfermedad Sanguínea	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Tos Frecuente	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Leucemia	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Ataque cerebro vascular	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
Transfusión de Sangre	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Diarrea Frecuente	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Enfermedad del Hígado	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Hinchazón de las extremidades	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
Problema Respiratoria	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Dolores de Cabeza	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Presión Arterial Baja	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Enfermedad de la Tiroides	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
Moretones con Facilidad	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Herpes Genital	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Enfermedad Respiratoria	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Amigdalitis	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
Cáncer	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Glaucoma	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Prolapso Vitral del Mitral	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Tuberculosis	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
Quimioterapia	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Fiebre de Heno	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Dolor en la Mandíbula	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Tumores o Crecimientos	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
Dolores en el Pecho	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Ataque al Corazón	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Enfermedad Paratiroidea	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Úlceras	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
Herpes Labial	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Soplo en el Corazón	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Atención Psiquiatra	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Enfermedad Venérea	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
Cardiopatía Congénita	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Corazón Marcapasos	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Tratamiento de Radiación	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Ictericia Amarilla	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
Convulsiones	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Problemas del Corazón	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Pérdida de Peso reciente	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No		

¿Ha tenido alguna enfermedad grave que no figura más arriba? Si No En caso afirmativo, explique: _____

Comentarios: _____

A lo mejor de mi conocimiento, las preguntas en este formulario han sido respondidas con precisión. Entiendo que proveer información incorrecta puede ser peligroso para mi (o paciente) de salud. Es mi responsabilidad informar a la oficina dental de cualquier cambio en el estado de salud.

Firma del paciente, padre o tutor

Fecha