

INFORMACION PERSONAL

Información del Paciente

Apellido _____ Nombre _____ Inicial _____

Nombre de los padres o el guardian si el paciente es menor _____

Sex: Masculino Femenino # de Licencia de Conducir _____

Fecha de Nacimiento: _____ # de Seguro Social: _____

Dirección: _____

Ciudad/Estado/Zona Postal _____

Correo Electrónico: _____ @ _____

Teléfono de Casa _____ Teléfono Celular _____

Nombre de Empleador: _____ Ocupación _____

Algún otro miembro de su familia es paciente de esta oficina? _____

A quién debemos su recomendación a nuestros servicios? _____

En Caso de Emergencia Contacta a:: _____ Teléfono: _____

Historia Dental

Nombre del Dentista Previo: _____ Teléfono _____

Fecha de la última visita dental: _____ Fecha de su última limpieza dental: _____

Fecha de sus últimos rayos-x _____

Información de compañía de seguro

Nombre de su compañía de seguro: _____ Número de póliza: _____

Teléfono de su compañía de seguro: _____ Nombre del empleado _____

Fecha de nacimiento _____ Número de su Seguro Social ____ - ____ - ____

Empleado por: _____ Teléfono de su empleo: _____

Ha usado su seguro para trabajo dental? Si No Nombre del dentista anterior: _____

Yo estoy de acuerdo y entiendo, (que sin importar mi situación con el seguro), Yo soy ultimadamente responsable por el saldo de mi cuenta por cualquier servicio profesional recibido. Yo he leído toda la información en esta página y he respondido las preguntas. Yo certifico que la información es correcta y verídica a mi conocimiento. Yo le notificaré de cualquier cambio en la información aquí mencionada. Adicionalmente, Yo autorizo la emisión de cualquier información relacionada con la reclamación de pago y concuerdo que el pago de mis beneficios sean enviados directamente a 101 Dental & Orthodontics.

Firma: _____ Fecha: _____

Médico de la firma: _____ Fecha: _____

Para servicio mas rapido tenga su licencia y su targeta de aseguranza ala mano.

HISTORIA MEDICA

Nombre del paciente _____

(Primero, inicial del segundo, apellido)

Nombre de su doctor familiar _____

Tiene el paciente un problema medico? _____

Está el paciente bajo cuidado médico ahora? Sí No Si lo está describa la razón brevemente.

Ha sido hospitalizado o operado durante los últimos 5 años? Sí No

Si ha sido, describa la razón brevemente.. _____

Medicamento que esté actualmente tomando (incluya medicinas que no requieren receta médica)

Es el paciente alérgico a alguna medicina o sustancia? Sí No Aspirina Tylenol Codeina

Penicilina Látex Eritromicina Tetraciclina Anestesia dental Otra _____

Está el paciente embarazada o cree que lo está? Sí No

Existen algunas otras condiciones médicas de las que debemos estar informados?

HOJA CLINICA: Marque Si o No en cada casillero si el paciente tuvo alguna de las enfermedades o condiciones indicadas a continuación. No deje ningún espacio en blanco.

Marque Si o No en cada casillero si el paciente tuvo alguna de las enfermedades o condiciones indicadas a continuación. No deje ningún espacio en blanco.

S N	S N	S N	S N
<input type="checkbox"/> VIH/SIDA	<input type="checkbox"/> Alergia	<input type="checkbox"/> Anemia	<input type="checkbox"/> Angina
<input type="checkbox"/> Artritis	<input type="checkbox"/> Articulación artificial	<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Alteraciones sanguíneas
<input type="checkbox"/> Cáncer	<input type="checkbox"/> Quimioterapia	<input type="checkbox"/> Úlcera	<input type="checkbox"/> Diabetes
<input type="checkbox"/> Mareos	<input type="checkbox"/> Enfisema	<input type="checkbox"/> Epilepsia	<input type="checkbox"/> Alteración emocional
<input type="checkbox"/> Desmayos	<input type="checkbox"/> Blisters de fiebre	<input type="checkbox"/> Glaucoma	<input type="checkbox"/> Infarto
<input type="checkbox"/> Bypass cardíaco	<input type="checkbox"/> Soplo cardíaco	<input type="checkbox"/> Problemas cardíacos	<input type="checkbox"/> Cirugías cardíacas
<input type="checkbox"/> Hepatitis	<input type="checkbox"/> Alta presión sanguínea	<input type="checkbox"/> VIH Positivo	<input type="checkbox"/> Inmunosupresión
<input type="checkbox"/> Ictericia	<input type="checkbox"/> Enfermedad de los riñones	<input type="checkbox"/> Problemas del hígado	<input type="checkbox"/> Baja presión sanguínea
<input type="checkbox"/> Enfermedad de los pulmones	<input type="checkbox"/> Alteración nerviosa / mental	<input type="checkbox"/> Tratamiento psiquiátrico	<input type="checkbox"/> Terapia de rayos
<input type="checkbox"/> Fiebre reumática	<input type="checkbox"/> Problemas de conductos	<input type="checkbox"/> Derrame cerebral	<input type="checkbox"/> Problemas de tiroides
<input type="checkbox"/> Tuberculosis	<input type="checkbox"/> Enfermedad venérea		

La información en esta página así como mi historia médica, son correctas de acuerdo con mis conocimientos. Otorgo también el derecho al dentista a que pase mi historia dental /médica y toda otra información sobre mi tratamiento dental a otro cubridor de los pagos y a otros profesionales médicos.

Firma: _____ Fecha: _____

Médico de la firma: _____ Fecha: _____