

Bienvenidos A Pueblo Dental Center

Registro Del Paciente / Informacion De Salud

Informacion Del Paciente

Nombre _____
Apellido _____ Primér _____ Inicial _____

Sexo F M Estado Civil: S C D V Seguro Social _____ / _____ / _____ Fecha de Nacimiento _____ / _____ / _____

Direccion _____

Ciudad _____ Estado _____ Codigo Postal _____ Telefono _____ Cell _____

Empleador: _____ Telefono (_____) _____ Escuela _____
Completo
Medio Tiempo

Contacto de Emergencia _____

Relacion _____ Telefono (_____) _____

A quien le podemos agradecer por su visita? ___ Directorio ___ Cupon ___ Al pasar por la oficina
___ Pueblo Dental Center en la Valencia / Silverbell ___ Un amigo, nombre de su amigo/amiga _____

Informacion de Aseguranza

Compania de Aseguranza _____

Nombre de Subscriptor _____

Relacion al Paciente _____

Empleador del Subscriptor _____ Telefono (_____) _____

Informacion de la Cuenta

Persona quien es responsable de esta cuenta _____

Nombre _____
Apellido _____ Primér _____ Inicial _____ Seguro Social _____ / _____ / _____

Relacion al Paciente _____ Telefono (_____) _____

Direccion _____ Ciudad _____ Estadad _____ Codigo Postal _____

Informacion Dental

Razon de su sita hoy? ___ Examen ___ Emergencia ___ Consulta

Tiene dolor hoy? ___ Si ___ No Cuantos dias? _____

Require tomar antibioticos antes del procedimiento dental? ___ Si ___ No

Si la respuesta es si ,explique: _____

HIPAA

Hay alguna persona a la cual le gustaria se le otorgara su informacion dental? (Pares, Paciente, Amigos, etc.)

Nombre _____ Relacion _____

Informacion Dental / Medica

SI CONTESTA SI ALGUNA DE LAS SIGUIENTES PREGUNTAS EN ESTA CAJA DENTENGASE Y ENTREGUE ESTA FORMA ALA RECEPCIONISTA!

Tuberculosis Activa? _____ Toz persistente por mas de tres semanas? _____

Ha tenido algo de lo siguiente?

- | | | |
|------------------------------------|--------------------------------------|---|
| Si No | Si No | Si No |
| ___ sangrado abnormal | ___ epilepsia | ___ osteoporosis |
| ___ sida / virus del sida | ___ mareos o desmayos | ___ inflamacion de glandulas de cuello |
| ___ anemia | ___ glaucoma | ___ infeccion recurrente |
| ___ angina de pecho (del corazon) | ___ ataque del corazon | ___ problema respiratorio |
| ___ arteriosclerosis | ___ enfermedad de corazon | ___ fiebre reumatico |
| ___ valvula artificial del corazon | ___ murmur/soplo del corazon | ___ enfermedades transmitidas sexualmente |
| ___ artritis | ___ emofelia | ___ desviacion / stent |
| ___ asma | ___ hepatitis: A, B, C | ___ problema de sinusitis |
| ___ transfusion de sangre | ___ alta precion | ___ ampollas / ulceras de boca |
| ___ cancer tumor | ___ inmunosepresion | ___ embolio alimenticos |
| ___ quimoterapia / radacion | ___ defecto de corazon de nacimiento | ___ lupos sistematico |
| ___ coumadin tratamiento | ___ enfermedad del higado | ___ problemas de tiroide |
| ___ diabetes: tipo _____ | ___ problemas de rinon | ___ tuberculosis |
| ___ boca seca | ___ disordenes mentales | ___ ulceras de estomago |
| ___ desordenes alimenticos | ___ valvula mitral prolapsia | ___ ha tomado Phen-Fen? |

Sus encias sangran al lavar los dientes? ___ si ___ no Tiene dolor de cabeza ____, Oido ____, cuello ____?

Ha tenido tratamiento periodontal (encias)? ___ si ___ no Tiene algun aparato remobile? ___ si ___ no

Dientes sensitivos a ___ caliente ____,frio ____,dulce ____,presion? Tiene problemas con la quijada (TMJ)? ___ si ___ no

Si esta bajo tratamiento medico cual es la condicion par la cual esta siendo tratada? _____

Nombre de medico _____ Telefono (_____) _____

Ha tenido operaciones graves o ha estado en el hospital? ___ si ___ no
Si la respuesta es si ,explique: _____

Ha tenido remplazo de conyuntura (Cadera, Rodilla, Codo, Dedo) si la respuesta es si. Cuando? _____

Apunte medicamentos que esta tomando o que ha tomado recientemente. _____

Esta tomando o ha tomado el medicamento **Bisphosphonate (Fosamax, Didronel, Skelid, Actonel, Boviva, Aredia, Reclast, Zometa)?** ___ si ___ no

Es alergico a? Latex ___ si ___ no Penicilina/Amoxicilina ___ si ___ no Aspirina ___ si ___ no Codeina ___ si ___ no

Par favor apunte alergias conosidas (a medicamentos o otras cosa) _____

Esta embarazada? _____ Esta tomando anticonceptivos? _____ Esta Amamantando? _____

Es recomendado que el doctor y paciente discutan todo concerniente a la historia medica antes de iniciar tratamiento.
 Certifico que he leído y entendido lo anterior. En mi conocimiento toda Informacion proporcionada es verdadera y correcta. Yo entiendo que todas mis preguntas han sido contestadas a mi entera satisfaccion. No hago responsable a mi Dentista o ninguno de sus empleados par accion que se tome o deje de tomarse debido a informacion no proporcionada por mi. Informare a mi doctor si hay algun cambio en mi historia medica o medicamento antes de empezar el tratamiento. Doy mi consentimiento y autorizo el tratamiento dental y el uso de anestetico local y gas de oxido de nitroso. Doy consentimiento de dar la informacion a mi aseguranza para facilitar el proceso de mi reclamo(s) dental. Estoy de acuerdo que los beneficios sean asignadosa Pueblo Dental Management, Inc. El paciente se compromete a pagar los servicios no pagados por su aseguranza. Si es necesario tamar accion legal para cobrar el balance, el rededor del servicio esta en la entera facultad de recuperar el costa de colecciones, licenciado, corte y el costo del tiempo perdido par el dentista y sus empleados, en la preparacion de cobras.

 Firma del paciente/ Padres/ Guardian legal Fecha

MHR Date _____ Initials _____ *MHR Date _____ Initials _____ *MHR Date _____ Initials _____
 *MHR Date _____ Initials _____ *MHR Date _____ Initials _____ *MHR Date _____ Initials _____