

REGISTRO DEL PACIENTE E HISTORIA CLINICA

(POR FAVOR, ESCRIBA EN LETRA DE IMPRENTA)

Fecha _____ Teléfono Particular (____) _____ Celular (____) _____

Email: _____

Paciente _____
Apellido Primer Nombre Inicial Nombre Preferido

Dirección-Calle _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Dirección de Correo Electrónico _____

Sexo M F Edad _____ Fecha de Nacimiento _____ Soltero(a) Casado(a) Viudo(a) Separado(a) Divorciado(a)

Empleado(a) por _____ Ocupación _____

Dirección del Empleador _____ Teléfono del Empleador (____) _____

Nombre del Cónyuge/Padre o Madre _____ Fecha de Nacimiento del Cónyuge/Padre o Madre _____

Dirección del Empleador _____ Teléfono del Empleador _____

¿Quién es responsable por esta cuenta? _____ Relación con el Paciente _____

No. De Seguro Social _____ No. De Seguro Social del Cónyuge/Padre Madre _____

Nombre de la Compañía del Seguro Dental _____ Número de Grupo _____

En caso de emergencia, ¿a quién se deberá notificar? _____ Teléfono (____) _____

¿A quién podemos agradecer por habernos referido a UD.? _____

HISTORIA CLINICA

Nombre del Médico _____ Fecha del Ultimo Examen Físico _____

¿Ha tenido Ud. Alguna vez algo de lo siguiente? (marque las casillas que correspondan):

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Problemas del Corazón | <input type="checkbox"/> Epilepsia | <input type="checkbox"/> Dieta Especial |
| <input type="checkbox"/> Presión Sanguínea Alta | <input type="checkbox"/> Dolores de Cabeza | <input type="checkbox"/> Glándulas del Cuello Hinchadas |
| <input type="checkbox"/> Problemas Circulatorios | <input type="checkbox"/> Hepatitis, Ictericia o Enfermedades del Hígado | <input type="checkbox"/> Fiebre Reumática |
| <input type="checkbox"/> Problemas Nerviosos | <input type="checkbox"/> Cáncer | <input type="checkbox"/> Problemas de la Sinus |
| <input type="checkbox"/> Radioterapia | <input type="checkbox"/> Tratamiento Siquiático | <input type="checkbox"/> VIH/Sida u Otros |
| <input type="checkbox"/> Articulaciones o Válvulas del Corazón Artificiales | <input type="checkbox"/> Diarrea Crónica | <input type="checkbox"/> Trastornos Inmunosupresores |
| <input type="checkbox"/> Reciente Pérdida de Peso | <input type="checkbox"/> Alergias a Anestésias | <input type="checkbox"/> Embolia Cerebral |
| <input type="checkbox"/> Problemas de la Espalda | <input type="checkbox"/> Alergias a Medicinas o Drogas | <input type="checkbox"/> Ulcera |
| <input type="checkbox"/> Enfermedades Respiratorias | <input type="checkbox"/> Alergias Generales | <input type="checkbox"/> Enfermedades Venéreas |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Enfermedad de la Sangre | <input type="checkbox"/> Drogadicción |
| <input type="checkbox"/> Presión Sanguínea Baja | <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Hemofilia |

¿Tiene Ud. Alguna alergia a medicamentos, o ha tenido Ud. Alguna vez una reacción adversa a algún medicamento? _____

Si la respuesta es afirmativa, ¿a qué? _____

¿Ha reaccionado Ud. Alguna vez adversamente a un tratamiento médico o dental? _____

¿Está tomando Ud. Actualmente algún medicamento? _____ Si la respuesta es afirmativa, ¿cuál? _____

¿Ha tomado Ud. Alguna vez algún medicamento del grupo al que se le conoce como "renten"(Fenphen, en inglés). Esto incluye combinaciones de Ionimin, Adipex, Fastin (nombres de marcas de fentermina), Pondimin fenfluramina) y Redux (dexfenfluramina). Sí No

¿Está Ud. Bajo el cuidado de un médico? Sí No ¿Por el tratamiento de qué condiciones? _____

Si el paciente es un niño, ¿cuánto pesa el niño? _____

(Mujeres) ¿Sospecha Ud. Que está embarazada? Sí No ¿Está Ud. Amamantando a un bebé? Sí No

¿Hay alguna otra cosa que nosotros debiéramos saber sobre su historia clínica? _____

La información de arriba es correcta y completa, a mi saber y entender, y se proporciona con el único objeto de que se use en mi tratamiento, para Facturación, y para procesamiento ante el seguro de los beneficios a los que tengo derecho. Yo no haré responsable a mi dentista ni a ningún integrante de su personal por errores u omisiones que yo pueda haber cometido al llenar este formulario.

Fecha _____ Firma _____

(SIGUE AL DORSO)

TRASPASO DE LOS BENEFICIOS DEL SEGURO Y AUTORIZACION PARA LA DIVULGACION DE INFORMACION

Yo, el suscrito, tengo seguro con _____
Nombre de la(s) Compañía(s) de seguros

Y traspaso directamente al Dr. _____ todos los beneficios del seguro, si los hubiere, que de otra manera son pagaderos a mí 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 doctor a divulgar toda la información 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 electrónicamente.

Fecha Firma

CONSENTIMIENTO SOBRE MENOR/NINO

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

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

Fecha Firma

ACUERDO FINANCIERO

Yo acepto que el pago de los servicios dentales se vence cuando se realiza el tratamiento, a menos que se haya hecho otros arreglos. Yo estoy de acuerdo en que los padres o los tutores son responsables por todos los honorarios y servicios prestados para el tratamiento de un menor/niño. Yo acepto responsabilidad financiera total por todos los cargos no cubiertos por el seguro.

Fecha Firma

ACTUALIZACION DE LA HISTORIA CLINICA

¿Ha ocurrido algún cambio en su salud desde su última cita dental? __ Sí __ No

¿Para qué condiciones? _____

¿Está tomando Ud. Algún medicamento nuevo? _____ Si la respuesta es afirmativa, ¿Cuál? _____

Fecha Firma del Paciente

Fecha Firma del Dentista

ACTUALIZACION DE LA HISTORIA CLINICA

¿Ha ocurrido algún cambio en su salud desde su última cita dental? __ Sí __ No

¿Para qué condiciones? _____

¿Está tomando Ud. Algún medicamento nuevo? _____ Si la respuesta es afirmativa, ¿Cuál? _____

Fecha Firma del Paciente

Fecha Firma del Dentista