

REGISTRO DEL PACIENTE E HISTORIA CLINICA

Fecha _____ Teléfono Particular _____
 Paciente _____

Apellido _____ Primer Nombre _____ Initial _____ Nombre Preferido _____
 Dirección - Calle _____ Ciudad _____ Estado _____ CP _____
 Correo Electrónico _____ Celular No. _____
 Sexo F ___ M ___ Edad ___ Fecha de Nacimiento _____ Casado ___ Viudo ___ Separado ___ Divorciado ___

Empleado (a) por _____ Ocupación _____
 Dirección del Empleador _____ Teléfono del Empleador _____
 Nombre del Cónyuge/Padre o Madre _____ Fecha de Nacimiento del Cónyuge/Padre o Madre _____
 Cónyuge/Padre o Madre Empleado por _____ Ocupación _____
 Dirección del Empleador _____ Teléfono del Empleador _____
 ¿Quién es responsable por esta cuenta? _____ Relación con el Paciente _____
 Número de Seguro Social _____ Número de Seguro Social del Cónyuge/Padre o Madre _____
 Nombre de la Compañía del Seguro Dental _____ Grupo Número _____
 En caso de Emergencia, ¿A quién se deberá notificar? _____ Teléfono _____
 A quién tenemos que agradecer por habernos referido _____

HISTORIA CLINICA

Nombre del Médico _____ Fecha del último examen físico _____

¿Ha tenido Ud. alguna vez algo de los 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"/> Glandulas de Cuello Hinchadas |
| <input type="checkbox"/> Presión Sanguínea Baja | <input type="checkbox"/> Hepatitis, Icteria o Enfermedad del Hígado | <input type="checkbox"/> Fiebre Reumatica |
| <input type="checkbox"/> Problemas Circulatorios | <input type="checkbox"/> Cáncer | <input type="checkbox"/> Problema de la Sinus |
| <input type="checkbox"/> Problemas Nerviosos | <input type="checkbox"/> Tratamiento Siquiátrico | <input type="checkbox"/> VIH/SIDA u Otros |
| <input type="checkbox"/> Radioterapia | <input type="checkbox"/> Diarrea Crónica | <input type="checkbox"/> Trastornos Inmunosupresores |
| <input type="checkbox"/> Articulaciones o Válvulas del corazón artificiales | <input type="checkbox"/> Alergias a Anestecias | <input type="checkbox"/> Embolia Cerebral |
| <input type="checkbox"/> Reciente Perdida de Peso | <input type="checkbox"/> Alergias a Medicinas o Drogas | <input type="checkbox"/> Úlcera |
| <input type="checkbox"/> Problemas de Espalda | <input type="checkbox"/> Alergias Generales | <input type="checkbox"/> Enfermedades Venéreas |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Enfermedad de la Sangre | <input type="checkbox"/> Farmacodependiente |
| <input type="checkbox"/> Enfermedades Respiratorias | <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 que? _____

¿Ha reaccionado Ud. alguna vez adversamente a un tratamiento medico o dental? Úã _____ No _____

¿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 "fenfen" (fen-phen en inglés).

Esto incluye combinaciones de Ionimin, Adipex, Fastin (nombres de marcas de fentermina), Pondimin (fenfluramina) y Redux (dexfenfluramina). Si ___ No ___

¿Esta usted bajo el cuidado de un médico? Si _____ No _____

¿Para el tratamiento de que condiciones? _____

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

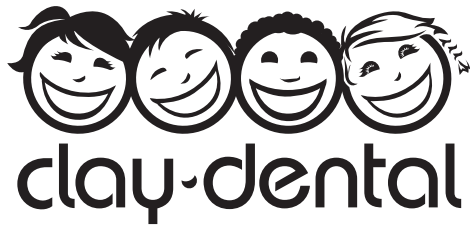
(Mujeres) ¿Sospecha usted que está embarazada? Si _____ No _____

¿Está usted amamantando un bebé? Si _____ No _____ ¿Hay alguna cosa que nosotros debiéramos saber sobre su historia clínica? _____

La información de arriba es correcta y completa, ami leal 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 el formulario.

Fecha _____ Firma _____

(Sigue al dorso)



TRASPASO DE LOS BENEFICIOS DEL SEGURO Y AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

Yo, el suscrito, tengo seguro con (nombre del seguro) _____ y traspaso directamente con la Dra. Maria Calcina, los beneficios del seguro, si los hubiere, que de otra manera serían pagaderos a mí por servicios prestados. Entiendo que soy financieramente responsable por todos los cargos incurridos, sean o no pagados por el seguro. Autorizo el uso de mi firma en todas las reclamaciones que se presenten ante el seguro, sean hechas manual o electrónicamente.

Fecha _____ Firma del Asegurado o Tutor _____

CONSENTIMIENTO SOBRE EL MENOR/NINO

Yo, siendo el padre o tutor de (Nombre del niño) _____ por el presente solicito del y autorizo al personal dental que preste los servicios 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 esto presente o no en la cita dental cuando el tratamiento se lleva a cabo.

Fecha _____ Firma del Asegurado o Tutor _____

ACUERDO FINANCIERO

Yo acepto que el pago de los servicios dentales se vence cuando se realiza el tratamiento, a menos que se hayan 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 del Asegurado o Tutor _____

ACTUALIZACION DE LA HISTORIA CLINICA

Ha ocurrido algun cambio en su salud desde su ultima cita dental? ___Yes___ No

Para que condiciones? _____

Esta tomando Ud. algun medicamento nuevo? _____ Si la respuesta es afirmativa, cual? _____

Fecha _____ Firma del Paciente _____

Fecha _____ Firma del Dentista _____

ACTUALIZACION DE LA HISTORIA CLINICA

Ha ocurrido algun cambio en su salud desde su ultima cita dental? ___Yes___ No

Para que condiciones? _____

Esta tomando Ud. algun medicamento nuevo? _____ Si la respuesta es afirmativa, cual? _____

Fecha _____ Firma del Paciente _____

Fecha _____ Firma del Dentista _____