



REGISTRO DEL PACIENTE E HISTORIA CLINICA

Fecha _____ Telefono _____

Apellido _____ Primer Nombre _____ Inicial _____

Nombre Preferido _____

Direccion _____

Ciudad _____ Estado _____ Zip _____

Sexo M ___ F ___ Edad _____ Fecha de Nacimiento _____

Soltero(a) ___ Casado(a) ___ Viudo(a) ___ Separado(a) ___ Divorciado(a) ___

Empleado(a) por _____ Ocupacion _____

Direccion Empleador _____ Telefono Empleador _____

Conyugue/Padre o Madre _____ Fecha de nacimiento _____

Empleado(a) por _____ Ocupacion _____

Direccion Empleador _____ Telefono Empleador _____

Responsable de esta cuenta? _____ Relacion al paciente _____

Seguro Social # _____ Seguro Social Conyugue/Padre o Madre # _____

Compania de Seguro Dental _____ Numero de Grupo _____

En caso de emergencia, a quien se debera notificar? _____ Telefono _____

A qu n podemos agradecer por habernos referido a Ud? _____

HISTORIA CLINICA

Nombre de Medico _____ Fecha del Ultimo Examen Medico _____

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

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Soplo Cardiaco | <input type="checkbox"/> Cancer | <input type="checkbox"/> Reciente Perdida de Peso |
| <input type="checkbox"/> Epilepsia | <input type="checkbox"/> Problemas de Sinus | <input type="checkbox"/> Alergias a Medicinas o Drogas |
| <input type="checkbox"/> Dieta Especial | <input type="checkbox"/> Problemas Nerviosos | <input type="checkbox"/> Ulcera |
| <input type="checkbox"/> Presion Sanguinea Alta | <input type="checkbox"/> Tratamiento Siquiatrico | <input type="checkbox"/> Problemas de Espalda |
| <input type="checkbox"/> Dolor de cabeza | <input type="checkbox"/> SIDA/HIV | <input type="checkbox"/> Alergias Generales |
| <input type="checkbox"/> Presion Sanguinea Baja | <input type="checkbox"/> Radioterapia | <input type="checkbox"/> Enfermedades Venereas |
| <input type="checkbox"/> Glándulas de Cuello Hinchadas | <input type="checkbox"/> Prolapso de la Valvula Mitral | <input type="checkbox"/> Diabetes |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> Enfermedad de la Tiroides | <input type="checkbox"/> Enfermedad de la Sangre |
| <input type="checkbox"/> Ictericica o Enfermedad de Hígado | <input type="checkbox"/> Articulaciones o Valvulas del Corazon Artificiales | <input type="checkbox"/> Drogadicción |
| <input type="checkbox"/> Fiebre Reumatica | <input type="checkbox"/> Alergias a Anestias | <input type="checkbox"/> Enfermedades Respiratorias |
| <input type="checkbox"/> Problemas Circulatorios | <input type="checkbox"/> Embolia Cerebral | <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 medico o dental? _____

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

Esta Ud. bajo el cuidado de un medico? Si _____ No _____

Por el tratamiento de que condiciones? _____

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

(Mujeres) Sospecha Ud. que esta embarazada? Si ____ No ____ Esta amamantando a su bebe? Yes ____ No ____

Hay alguna otra cosa que nosotros debieramos saber sobre su historia clinica? _____

La informacion de arriba es correcta y completa a leal saber y entender, y se proporcina con el unico objeto de que se use en mi tratamiento, para facturacion, 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 _____

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

Yo, el suscrito, tengo seguro con _____
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 son hechas
manualmente o electronicamente.

Fecha _____ Firma _____

CONSENTIMIENTO SOBRE MENOR

Yo, siendo el padre o tutor de _____ 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 _____

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 _____

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 _____

Fecha _____ Firma _____

ACTUALIZACION DE LA HISTORIA CLINICA

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

Para que condiciones? _____

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

Fecha _____ Firma _____

Fecha _____ Firma _____