

## COMFORT DENTAL at GLEN COVE REGISTRACION DEL PACIENTE

*¡Bienvenidos a nuestra oficina! Para ayudarnos a servirle, por favor complete el siguiente formulario confidencial.*

Nombre del Paciente \_\_\_\_\_ Masculino \_\_ Femenino \_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_  
Si menor de edad, nombre de los padres \_\_\_\_\_  
Numero de teléfono de casa \_\_\_\_\_ Numero de teléfono de casa \_\_\_\_\_  
Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Codigo Postal \_\_\_\_\_  
Correo Electrónico \_\_\_\_\_ # de teléfono de trabajo \_\_\_\_\_

### Información de Seguro Dental

Nombre del Asegurado \_\_\_\_\_ # de identification o de social del asegurado \_\_\_\_\_  
Compañía de Seguro \_\_\_\_\_ # de Grupo \_\_\_\_\_ # Local \_\_\_\_\_  
¿Tiene doble cobertura? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Empleador \_\_\_\_\_  
Nombre del Asegurado \_\_\_\_\_ # de identification o de social del asegurado \_\_\_\_\_  
Compañía de Seguro \_\_\_\_\_ # de Grupo \_\_\_\_\_ # Local \_\_\_\_\_

### HISTORIAL DE SALUD MEDICA

Tiene o ha tenido cualquiera de los siguientes?

(Por favor marque cualquiera que aplique)

- Cancer o tumor
- Dolencia Cardiaca o angina
- Soplo Cardíaco, Prolapso de la válvula mitral, defecto cardíaco
- Fiebre reumática o enfermedad reumática del corazón
- Articulación o válvula artificial
- Presión arterial alta o baja
- Marcapasos
- Tuberculosis o otros problemas de pulmones
- Enfermedad del riñon
- Hepatitis o otra enfermedad del hígado
- Alcoholismo
- Transfusión de sangre
- Diabetes
- Condición Neurológica
- Epilepsia, convulsiones, o desmayos
- Condición emocional
- Artritis
- Herpes or herpes labial
- SIDA o VIH positivo
- Migrañas or dolor de cabeza frecuente
- Anemia or trastornos de la sangre
- Sangrado anormal después de extracciones, cirugía o trauma
- Fiebre de heno o sinusitis
- Alergias o urticaria
- Asma

¿Fumas o usas tabaco de mascar?  sí  no

Es usted alérgico o ha reaccionado adversamente a cualquiera de los siguientes?

- Materiales de látex
- Penicilina u otros antibióticos
- Anestesia local (Novocaína)
- Codeína u otros narcóticos
- Sulfamidas
- Barbitúricos, sedantes or pastillas de dormir
- Aspirina
- Otro: \_\_\_\_\_

Esta tomando cualquiera de los siguientes?

- Aspirina
- Anticoagulantes
- Antibióticos o Sulfamidas
- Medicina para la presión alta
- Antidepresivos o Tranquilizantes
- Insulina, Orinase u otro medicamento para la diabetes
- Nitroglicerina
- Cortisone u otros esteroides
- Osteoporosis (densidad ósea) medicina
- Otro: \_\_\_\_\_

Mujeres:

- ¿Esta Embarazada?  
Fecha Estimada de dar a luz: \_\_\_\_\_
- ¿Esta tomando hormonas o anticonceptivos?

¿Tiene alguna enfermedad, afección o problema no mencionado arriba? \_\_\_\_\_

---

Nombre de su medico y número de teléfono: \_\_\_\_\_

¿ A quien podemos agradecer por referirle nuestra oficina? \_\_\_\_\_

Firma del Paciente (o padres) \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

# COMFORT DENTAL at GLEN COVE

## HISTORIA DENTAL

Dentista Anterior \_\_\_\_\_ Fecha de Su Ultima Visita \_\_\_\_\_

¿ Que le preocupa más de sus dientes? \_\_\_\_\_

Sí	No	¿Sensibilidad al Calor? _____
Sí	No	¿Sensibilidad al Frío? _____
Sí	No	¿Dientes rotos o faltantes? _____
Sí	No	¿Sus encías sangran cuando se cepilla? _____
Sí	No	¿Tiene mal aliento? _____
Sí	No	¿Se queda atrapada la comida entre los dientes? _____
Sí	No	¿Tiene boca seca? _____
Sí	No	¿ Es usted consciente de su mandíbula haciendo clic o estallar? _____
Sí	No	¿ Tiene algún crecimiento, bultos o lesiones en la boca? _____
Sí	No	¿ Muele or aprieta los dientes? _____

## Autorización de Seguro/Acuerdo

Yo certifico que la información sobre el seguro es correcto y esta en efecto. Soy consciente de que es mi responsabilidad leer y entender mi propia póliza dental, incluyendo beneficios, limitaciones, y exclusiones. Yo entiendo que la presentación de mis reclamaciones de seguro es mi responsabilidad y puede ser proporcionado como un servicio a mí y que cualquier acuerdo de la cobertura dental es entre mi compañía de seguro y yo mismo. Entiendo que una porción estimada debe de ser pagado al tiempo del servicio y esta estimado con acuerdo de la cobertura esperada, que no puede ser revelado ni garantizado por mi compañía de seguros. Entiendo que mi porción podría ser mas si mi compañía de seguro no paga la cantidad anticipada. Un cargo de servicio del 1.5% mensual (18% anual) será cobrado al balance no pagado a todas las cuentas que excede 60 días, al menos que un acuerdo financiero ha sido satisfecho anteriormente.

Certifico que yo y mis dependientes tienen cobertura de seguro y asigno beneficios al doctor de servicio proveido en Comfort Dental @ Glen Cove.

---

Firma de la persona responsable

Fecha

## **Información de Emergencia**

Nombre de familiar que no vive con usted \_\_\_\_\_

Numero de Teléfono \_\_\_\_\_

Porque los instrumentos, sillas y personal están reservados exclusivamente para su cita, hay un cargo de **\$50 POR CAMBIOS O CITAS ROTAS CON MENOS DE 48 HORAS DE ANTELACION.**