

Nos complace darle la bienvenida a nuestra oficina. Por favor, dedique unos minutos a rellenar este formulario tan completamente como pueda. Si tiene cualquier duda, estaremos encantados de ayudarle.

PERSONAL

Nombre de paciente _____

Fecha de nacimiento _____ Apellido _____ Nombre _____ Inicial de Segundo Nombre _____ (preferido)
#SS _____ Sexo: [] [] M F Casado(a): [] S [] N

Teléfono Celular _____ Correo Electrónico: _____

¿Cómo se enteró de nosotros? Google YELP Facebook Correo Conducir Compras en complejo
persona/otro: _____

DIRECCIÓN Y TELÉFONO DE CASA

Marque la casilla si es el mismo para toda la familia: []

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____ Teléfono de casa _____

PÓLIZA DE SEGURO 1

Relación del paciente al suscriptor: [] Sí Mismo [] Cónyuge [] Hijo(a)

Nombre del suscriptor _____ # ID de Suscriptor _____

Fecha de Nacimiento del Suscriptor _____

Compañía de seguros _____ Teléfono _____

Empleador _____ Nombre de grupo _____ # Grupo _____

CONTRATO FINANCIERO & RECONOCIMIENTO DE RECIBO DE NOTIFICACIÓN DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

- Para mi comodidad, esta oficina podrá liberar mi información a mi seguro, y recibirá el pago directamente de ellos.
- Si se envía a recaudación, estoy de acuerdo en pagar \$30 de honorarios de recaudación, todos los honorarios y costos de la corte.
- Se hará todo lo posible para ayudarme con mi seguro, pero si no pagan como se esperaba, seguiré siendo responsable.
- Los planes de tratamiento pueden cambiar, y voy a ser responsable del trabajo efectivamente realizado.
- He tenido la oportunidad de leer y considerar el contenido de esta notificación Prácticas de Privacidad. Entiendo que doy mi permiso para usar y divulgar mi información protegida de salud con el objetivo de llevar a cabo el tratamiento, actividades de pago y operaciones de atención médica. También entiendo que tengo el derecho de retirar dicho permiso.

(continuó en el otro lado)

HISTORIAL MÉDICO

Contacto de emergencia _____ Teléfono _____ Relación _____

Enliste todos los medicamentos o fármacos que esté tomando ahora: Verifique los medicamentos o fármacos a los que es alérgico:

- | | | |
|------------------------|-----------------------------------|-------------------------|
| Ninguno [] | [] Ninguno | [] Anestésicos locales |
| _____ [] Aspirina | [] Codeína/Otros estupefacientes | [] Metales |
| _____ [] Eritromicina | [] Látex | [] Penicilina |
| _____ [] Otros: _____ | | |

Verifique cualquier condición médica que pueda tener:

- | | | |
|--|--|--|
| [] Ninguno | [] Diabetes | [] Reemplazo de articulaciones, Fecha de: _____ |
| [] SIDA / VIH | [] Enfisema | [] Problemas de riñón / vejiga |
| [] Abuso de alcohol / drogas | [] Epilepsia | [] Enfermedad del hígado |
| [] Anemia / Leucemia | [] Desmayos / Convulsiones | [] Presión arterial baja |
| [] Anorexia / Bulimia | [] Ampollas de fiebre / Herpes | [] Problemas de salud mental |
| [] Artritis | [] Frecuentes dolores de cabeza | [] Problemas de la válvula mitral |
| [] Asma / fiebre del heno | [] Frecuentemente sequedad en la boca / Sjogren | [] Diarrea persistente |
| [] Problemas de coagulación sanguínea | [] Problemas de vejiga urinaria | [] Fiebre reumática |
| [] Transfusión de sangre | [] Ataque cardíaco / Accidente cerebrovascular | [] Enfermedad cardíaca reumática |
| [] Bronquitis | [] Enfermedad del corazón / Angina | [] Enfermedad de transmisión sexual |
| [] Cáncer / tumor o crecimiento | [] Murmullo cardíaco | [] Problemas en los senos |
| [] Marcapasos cardíacos | [] Hepatitis / ictericia | [] Úlceras estomacales |
| [] Dolor en el pecho ante el esfuerzo | [] Presión arterial alta | [] Úlceras en el estómago |
| [] Daño a Válvula cardíaca | [] Urticaria / Erupción cutánea | [] Tuberculosis |
| [] Otros: _____ | | |

MUJERES SOLAMENTE: ¿Está usted embarazada o tiene razones para creer que puede estarlo? [] Sí/ [] No

Pacientes nuevos:

Nombre de ex dentista _____ Ciudad/Estado _____

Fecha del último examen y limpieza _____

¿Reacción inusual a inyecciones dentales? _____

Motivo de la visita: _____ ¿Tiene dolor? Sí / No

Al firmar abajo, Yo certifico que toda la información anterior es verdadera al mejor de mi conocimiento.

X _____ X _____
Nombre del Paciente/Guardian (impreso) Fecha

X _____
Nombre y Firma del Paciente/Guardian