



## THORNTON VALLEY DENTAL REGISTRATION FORM

|   |  |  |                             |                       |
|---|--|--|-----------------------------|-----------------------|
| Fecha:  |  |  |                             |                       |
| <b>INFORMACION DEL PACIENTE</b>   |  |  |                             |                       |
| Apellido:   |  | Nombre:  |                             | Medio:<br>[Inicial]   |
|   |  |  |                             | Casado: [ ] Si [ ] No |
| Domicilio :   |  | Apartamento:   |                             | Fecha de nacimiento:  |
| Ciudad:   |  | Estado:  | Codigo postal:              |                       |
| SS#:  |  | Numero de telefono de casa:  |                             | Numero celular:       |
| Email:  |  | Como te enteraste de nosotros (por favor escribe su ombre para poder agradecerles) |                             |                       |
| <b>INSURANCE INFORMATION/INFORMACION DEL SEGURO</b>   |  |  |                             |                       |
| (Entregue su tarjeta de Seguro a la recepcionista un)   |  |  |                             |                       |
| Relacion del paciente con el suscriptor: [ ]- Uno mismo [ ]- Esposo [ ]- Nino   |  |  |                             |                       |
| Compania de seguros:  |  | Numero de telefono del Seguro:   |                             |                       |
| Nombre de los suscriptores:   |  | Numero de Seguro social de los suscriptores:                                       | Fecha de nacimiento :       | Numero de grupo:      |
|   |  |  |                             | Numero de poliza:     |
| <b>INSURANCE INFORMATION 2/INFORMACION DEL SEGURO 2</b>   |  |  |                             |                       |
| Nombre del seguro secundario:   |  | Nombre del suscriptor:   |                             | Numero de grupo:      |
|   |  |  |                             | Numero de poliza:     |
| Relacion del paciente con el suscriptor: [ ]- Uno mismo [ ]- Esposo [ ]- Nino   |  |  |                             |                       |
| <b>IN CASE OF EMERGENCY/EN CASO DE EMERGENCIA</b>   |  |  |                             |                       |
| Nombre de un amigo o pariente local:  |  | Relacion con el paciente:  | Numero de telefono de casa: | Numero celular:       |
|   |  |  |                             |                       |
| <p>La informacion anterior es verdadera a mi leal saber y entender. Autorizo que los beneficios de mi Seguro se paguen directamente al medico. Entiendo que soy financieramente responsable de cualquier saldo. Tambien autorizo Thornton Valley Dental a la compania de seguros a divulgar cualquier informacion requerida para procesar mis reclamos. Entiendo que si comienzo un tratamiento que implica analisis de laboratorio , sere responsable de los honorarios en ese momento. Los planes de tratamiento pueden cambiar y sere responsable del trabajo realizado. Se hara todo lo posible para ayudarme con mi Seguro, pero si no pagan como se esperaba, seguire siendo responsable. Si se envia a cobranzas, acepto pagar todas las tarifas relacion y los costos judiciales. Acepto pagar cargos financieros del 1.5 por mes y el(18%) de cualquier saldo vencido por 90 dias . Pagare una tarifa por citas canceladas sin previo aviso de 24 horas.</p> |  |  |                             |                       |
| Patient/Guardian signature  |  |  | Date                        |                       |

**NOTICE OF PRIVACY POLICIES**

Eh tenido plena oportunidad de leer y considerar el contenido del aviso de practicas privacidad . Entiendo que estoy dando mi permiso para usar y divulgar mi informacion de salud protegida tratamiento, pago y operaciones de atencion medica. Tambien entiendo que tengo derecho a revocar el permiso.

Patient/Guardian signature /Paciente/Guardiana

Date/Fecha

**MEDICAL HISTORY**

Name/Nombre:

DOB/FDN:

|   |  |                              |  |
|---|--|------------------------------|--|
| Name of Medical Doctor/Nombre de Doctora Medico:                          | City/State/Ciudad/Estado:                      | SEXO: FEMENINA/<br>MASCULINO | Fecha de la ultima cita:                           |
| Are you in good health?/ Esta bien de Salud?(Check one) [ ] Yes/Si [ ] No | Cualquier cambio en su salud en el ultimo ano? |                              | Estas embarazada actualmente?<br>[ ] Yes/si [ ] No |

Any serious operations or hospitalizations?/ Cualquier operacion grave u hospitalizaciones?

|   |   |
|---|---|
| List all the medications or drugs you are now taking/ Enumere todos los medicamentos o Drogas que esta tomando ahora: | List all the medications or drugs you are allergic to/ Enumere todos los medicamentos o Drogas a los que es alergico: |
|---|---|

**CONDICIONES MEDICAS**

List any medical conditions you may have including/Enumere todas las condiciones medicas que pueda tener, incluyendo: [ ] Asthma/Asma [ ] Arthritis [ ] Bleeding Problems/Problemas de Sangrado [ ] Cancer [ ] Diabetes [ ] Heart murmur/Soplo Cardiaco [ ] Heart Trouble/Problemas del corazon [ ] High Blood Pressure/Alta presions sanguinea [ ] Joint Replacement/Reemplazo de la Articulacion [ ] KidneyDisease/Enfermedad del Rinon [ ] Liver Disease/Enfermedad del higado [ ] Lung Disease/Enfermedad pulmonar [ ] Mouth sores/Ulceras de boca [ ] Neurological disorders/Desorden neurologico [ ] Pregnancy/El embarazo [ ] Psychiatric treatment/Tratamiento psiquiatrico [ ] Radiation/ Radiacion [ ] Sinus trouble/Problemas de sinusitis [ ] Stroke/Carrera [ ] Ulcers/Ulceras [ ] History of rheumatic fever/Antecedentes de fiebre reumatica [ ] Bisphosphonate use/Usos de bisfosfonatos [ ] NONE/NINGUNO

Tobacco Use? If so, what kind and how much?/El consume de tabaco? Si es asi de que tipo y cuanto?

Unusual reaction to dental injections?/Reaccion inusual a las inyecciones dentales

**NUEVOS PACIENTES**

Reason for today's visit?/Motivo de la visita de hoy?

Are you in pain?/ Estas adolorido?

Tiene una radiografias de boca completa que tienen menos de 5 anos?

Nombre de dentista previo: \_\_\_\_\_

Fecha de ultima limpieza y examen: \_\_\_\_\_

Informacion adicional que nos gustaria decir: \_\_\_\_\_

Patient/Guardian signature

Date