

Formulario de nuevo paciente

Nombre _____ Fecha _____
Primero M Apellido

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____

Código Postal _____

Celular # _____ Teléfono de casa _____

Soc. Seguridad # _____

Correo electrónico _____

Marque la casilla adecuada

¿A quién podemos agradecer por recomendarlo? _____

Persona de contacto en caso de emergencia/número de teléfono _____

Licencia de conducir # _____

Historial médico

Nombre del médico _____ Fecha de la última visita _____

Motivo _____

Coloque una marca en "Sí" o "No" para indicar si ha tenido alguno de los siguientes.

SIDA/VIH	sí No	Desmayos/Mareos	sí No	Escarlatina	sí No
Anemia	sí No	Glaucoma	sí No	Dificultad para respirar	sí No
Artritis Reumática	sí No	dolores de cabeza	sí No	Problema sinusal	sí No
Válvula de corazón artificial	sí No	Hepatitis__	sí No	Erupción cutanea	sí No
Asma	sí No	Herpes	sí No	Ataque	sí No
Problemas de espalda	sí No	Hipertensión	sí No	Glándulas del cuello inflamadas	sí No
Sangrado anormal	sí No	Ictericia	sí No	Problemas tiroideos	sí No
Enfermedad de la sangre	sí No	Dolor de mandibula	sí No	Tuberculosis	sí No
Cáncer	sí No	Nefropatía	sí No	Tumor	sí No
Dependencia química	sí No	Enfermedad del hígado	sí No	Úlcera	sí No
Problemas circulatorios	sí No	Presión arterial baja	sí No	Enfermedad venérea	sí No
Lesión cardíaca congénita	sí No	Prolapso de la válvula mitral	sí No	Pérdida de peso- Explique	sí No
Tratamiento de cortisona	sí No	problema nervioso	sí No		
Tos persistente/con sangre	sí No	Marcapasos	sí No		
Diabetes	sí No	Atención psiquiátrica	sí No		
El consumo de drogas	sí No	Tratamiento de radiación	sí No		
Enfisema	sí No	Enfermedad respiratoria	sí No		
Epilepsia	sí No	Fiebre reumática	sí No		
Para mujeres:					
¿Estás amamantando?	sí No	¿Estás embarazada?	sí No		
¿Tomas pastillas para control de natalidad?	sí No	Fecha de vencimiento:			

Alergias: _____

Por favor enumere cualquier otra condición que no esté en la lista:

Medicamentos: Enumere los medicamentos que está tomando actualmente, la dosis y el motivo:

Hospitalización: _____

Autorización:

Entiendo que la información anterior es necesaria para brindarme atención dental de manera segura y eficiente. He respondido todas las preguntas con sinceridad y según mi leal saber y entender. También reconozco la responsabilidad total por el pago de dichos servicios y acepto pagar en su totalidad en el momento del servicio. Reconozco que es mi responsabilidad y no una compañía de seguros pagar por todos o algunos de los servicios. Cualquier saldo pendiente después de 30 días puede incurrir en un cargo financiero.

X _____ Fecha: _____

Paciente, padre o tutor (debe tener 18 años o más)

Aviso de Prácticas de Privacidad

Me han ofrecido una copia de las Políticas de privacidad de Citrus Dental, PA.

X _____ Fecha: _____

Información del seguro

Al firmar a continuación, yo, el suscriptor (o mi dependiente), verifico la cobertura del seguro y libero todos los beneficios, si los hubiere, que de otro modo se me pagarían por los servicios prestados. Por la presente autorizo la divulgación de la información necesaria para asegurar los beneficios de pago. Acepto la responsabilidad de que todas las cuentas se paguen en su totalidad 60 días a partir de la fecha de servicio de la cobertura del seguro.

X _____ Fecha: _____