



FAMILY DENTISTRY

REGISTRO DEL PACIENTE E HISTORIA MÉDICA

Fecha (Por Favor Escriba en Letra De Imprenta) Teléfono del Hogar
Paciente Apellido Primer Nombre Inicial Nombre Preferido
Dirección Ciudad Estado Código postal
E-mail Teléfono Celular
Sexo Edad Fecha de nacimiento Casado Viudo Soltero(a) Menor de Edad
Separado Divorciado
Empleador / Escuela Ocupación
Dirección del Empleador / Escuela Teléfono del Empleador / Escuela
Nombre del Cónyuge / Padre o Madre Fecha de nacimiento del Cónyuge / Padre o Madre
Cónyuge / Padre o Madre Empleador Ocupación
Dirección del Empleador Teléfono del Empleador
¿Quién es el responsable de esta cuenta? Relación con el paciente
Número de Seguro Social Número de Seguro Social del Cónyuge / Padre o Madre
Nombre de la Compañía del Seguro Dental Grupo Numero
En caso de emergencia, que debe ser notificado? Teléfono
A quien podemos agradecer por referirle?

HISTORIA CLÍNICA

Nombre del médico Fecha del Ultimo Fisico

¿Ha tenido alguno de los siguientes? (marque las casillas que correspondan):

- Las alergias
Artritis
Las válvulas artificiales en el corazón o las articulaciones, tornillos, etc
Problemas de espalda
Sangrado anormal
Enfermedad de la sangre
Cáncer
Dependencia de Sustancias Químicas
La diarrea crónica
Problemas circulatorios
Las lesiones congénitas del corazón
Diabetes
Epilepsia
Dolor de cabeza
Soplo cardíaco
Problemas del corazón
Hemofilia
La hepatitis, ictericia o enfermedad hepática
Reparación de una hernia
Presión arterial alta
VIH / SIDA
Presión arterial baja
El prolapso de la válvula mitral
Los problemas nerviosos
Marcapasos
Atención Psiquiátrica
Tratamiento de radiación
Pérdida de peso reciente
Enfermedades Respiratorias
Fiebre reumática
Problemas de los senos paranasales
Dieta especial
Infarto
Inflamación de los ganglios del cuello
úlceras
Enfermedad venérea

¿Tiene alguna alergia a medicamentos o alguna vez ha tenido una reacción adversa a algún medicamento o la anestesia?
Si es así, ¿qué?

¿Alguna vez ha respondido negativamente a tratamiento médico o dental?

¿Está tomando algún medicamento en este momento? Si es así, ¿qué?

¿Alguna vez ha tenido cualquiera de los del grupo de drogas denominadas colectivamente como "fen-phen"? Estos incluyen combinaciones de lornimetina, Adipex, Fastin (nombres de marca de fentermina), Pondimin (fenfluramina) y Redux (dexfenfluramine.)

¿Está usted bajo el cuidado de un médico? ¿Con qué condiciones?

Si el paciente es un niño, cuál es su peso?

(Mujeres) ¿Sospecha que está embarazada?? Fecha de vencimiento

¿Está lactando? Tomando pastillas anticonceptivas?

¿Hay algo más que deberíamos saber sobre su historia clínica?

CERTIFICACION

A lo mejor de mi conocimiento, la información proporcionada en este formulario es completa y correcta. Entiendo que es mi responsabilidad informar a mi médico si mi hijo es menor de edad y cada vez tiene un cambio en la salud.

Consentimiento del Menor / NIÑO

Yo soy el padre, tutor o representante personal de _____
Por favor, Nombre en letra de Menor / Niño

y no hay órdenes de la corte, ahora en el sentido de que me prohíban la firma de este consentimiento. Por la presente solicito y autorizo al personal dental que preste los servicios necesarios dentales para el niño nombrado arriba, incluyendo pero no limitado a los rayos X, y la administración de anestésicos, que se consideran aconsejables por el doctor, si yo estoy presente cuando el el tratamiento es dispensado.

SEGURO DE ASIGNACIÓN Y LIBERACIÓN

Certifico que mi dependiente (s) está cubierto por el seguro con _____
Nombre de la Compañía de Seguros (s)

y traspaso directamente al Dr. _____, todos los beneficios del seguro, en su caso, de lo contrario pagaderos a mi por los servicios prestados. Yo entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos sean o no pagados por el seguro. Yo autorizo el uso de mi firma en todas las sumisiones del seguro.

El médico antes mencionado puede utilizar mi menor / información de los niños 's cuidado de la salud y puede revelar dicha información a la Compañía de Seguros arriba mencionado (s) y sus agentes con el fin de obtener el pago de los servicios y la determinación de los beneficios del seguro o los beneficios pagaderos por servicios relacionados . Esta autorización terminará cuando el plan de tratamiento actual se complete o un año desde la fecha de la firma a continuación.

CONVENIO DE FINANCIACIÓN

Reconozco que el pago es debido en el momento del tratamiento, a menos que se tomen otras medidas. Estoy de acuerdo en que los padres, tutores o representantes personales son responsables de todos los honorarios y servicios prestados para el tratamiento de un menor / niño. Acepto la plena responsabilidad financiera para el pago de todos los cargos.

Firma del padre, tutor o representante personal	Fecha
_____	_____
Por favor escriba su nombre del padre, tutor o representante personal	Relación con el Paciente
_____	_____

ACTUALIZACIÓN DE LA HISTORIA MÉDICA

¿Ha habido algún cambio en la salud del paciente desde la última cita dental? Yes No

¿Para qué condiciones? _____

¿El paciente está tomando algún medicamento nuevo? _____ Si es así, ¿qué? _____

Fecha	Firma del Paciente
_____	_____
Fecha	Firma del Dentista

ACTUALIZACIÓN DE LA HISTORIA MÉDICA

¿Ha habido algún cambio en la salud del paciente desde la última cita dental? Yes No

¿Para qué condiciones? _____

¿El paciente está tomando algún medicamento nuevo? _____ Si es así, ¿qué? _____

Fecha	Firma del Paciente
_____	_____
Fecha	Firma del Dentista
_____	_____