

REGISTRACION DENTAL

Fecha _____

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

(Letra de molde)

Nombre _____
Apellido Nombre Inicial

Domicilio _____
Calle Ciudad Estado Código postal

Fecha de nacimiento ____ / ____ / ____ SS# ____ - ____ - ____ No. de Licencia/ID _____

Sexo M F Estado Civil Menor Soltero(a) Casado(a) Parejas de largo plazo Divorciado(a) Viudo(a) Separado(a)

Empleador _____ Ocupación _____

Dirección de Trabajo _____
Calle Ciudad Estado Código postal

NÚMEROS DE TELÉFONO

Hogar _____ Celular _____ Trabajo _____

E-mail _____ Mejor momento y lugar para contactar _____

EN CASO DE EMERGENCIA, COMUNICARSE CON:

Nombre _____ Relación _____

Hogar _____ Celular _____ Trabajo _____

ASEGURANZA DENTAL

Aseguranza Primaria _____ Telefono# _____

Nombre del miembro _____ Fecha de nacimiento ____ / ____ / ____ Relación _____

Numero de Miembrecia _____ SS# ____ - ____ - ____ Numero de Plan o Poliza _____

Empleador _____

Dirección de Trabajo _____ Telefono# _____
Calle Ciudad Estado Código postal

Aseguranza Secundaria (si aplica) _____ Telefono# _____

Nombre del miembro _____ Fecha de nacimiento ____ / ____ / ____ Relación _____

Numero de Miembrecia _____ SS# ____ - ____ - ____ Numero de Plan o Poliza _____

Empleador _____

Dirección de Trabajo _____ Telefono# _____
Calle Ciudad Estado Código postal

HISTORIA DENTAL

Razon de su visita hoy: _____

Dentista Familiar: _____ Telefono# _____

- ¿Tien dolor ahora? Sí No
- ¿Sus ancias sangran? Sí No
- ¿Ha tenido enfermedad por periodental? Sí No
- ¿Se mueven susiendes? Sí No
- ¿Es sensible a: Frio Caliente Dulces Morder
- Otra cosa? _____
- ¿Tiene rellenos quebrados o dientes flojos? _____

HISTORIA MEDICA

Nombre de su Medico _____ Telefono# _____ Fecha de su ultima visita _____

SIDA/VIH	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Diabetes	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Tratamiento de radiacion	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Anemia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Enfesima	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Enfermedad respiratoria	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Artritis	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Epilepsia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Fiebre reumatica	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Valvulas artificiales del corazon	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Desmayos o Mareos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Fiebre escarlina	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Coyunturas artificiales	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Glaucoma	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Falta de respiracion	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Asma	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Dolores de cabeza	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Problema de sinusitis	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Problemas lumbares	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Murmuyo en el corazon	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Erupción cutánea	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Sangra abnormalmente con extracciones	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Problema de corazon	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Dieta especial	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Enfermedad sanguínea	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Hepatitis, Tipo _____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Ataque	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Cáncer	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Herpes	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Hinchazón de pies o tobillos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Dependencia quimica	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Presión sanguínea alta	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Hinchazón de glándulas en cuello	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Quimioterapia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Dolor mandibular	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Problemas de tiroides	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Cholesterol	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Enfermedad renal	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Amigdalitis	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Problemas circulatorios	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Enfermedad hepática	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Tuberculosis	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Lesiones cardiacas congenitas	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Presión sanguínea baja	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Ulcera	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Tratamientos con cortisona	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Prolapso de válvula mitral	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Enfermedad venérea	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Tos (Persistente)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Marcapaso de corazon	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
		Cuidado psychiatrico	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		

Mujeres solo:

¿Está usted Embarazada? Sí No Fecha de parto: _____ ¿Está dando pecho? Sí No

MEDICAMENTOS

Cuales medicamentos esta usted tomando: _____

¿Esta domando: Fosamax? Coumadin?

Nombre de su Farmacia: _____ Telefono # _____

ALERGIAS

<input type="checkbox"/> Aspirina	<input type="checkbox"/> Latex	<input type="checkbox"/> Otros _____
<input type="checkbox"/> Barbitúricos (<i>Pildoras para dormir</i>)	<input type="checkbox"/> Anestésico local	_____
<input type="checkbox"/> Codeína	<input type="checkbox"/> Penicilina	_____
<input type="checkbox"/> Iodina	<input type="checkbox"/> Sulfatos	_____

ASIGNACIÓN E INFORMACIÓN

Por la presente, yo autorizo el pago directo a **Ivy Endodontic Group** por todos los beneficios de la cobertura.

Yo intiendo que soy responsable económicamente por todos los honorarios, sean o no sean pagados por el seguro, y por todos los servicios dispensados tanto a mí como a las personas a mi cargo.

Yo autorizo **Ivy Endodontic Group** o a cualquier proveedor o suministrador de servicios de este consultorio para divulgar la información que sea necesaria para asegurarse el pago de dichos beneficios.

Yo autorizo el uso de esta firm en todas las presentaciones al seguro.

Paciente, Padre/Madre, o Persona Responsable _____ *Indicar* Relación con el paciente _____

Paciente, Padre/Madre, o Persona Responsable _____ *Firma* Fecha ____ / ____ / ____

PARA USO DE OFICINA

Reviewed by Dr. _____ *Signature* Date ____ / ____ / ____ Witness _____ *Signature* Date ____ / ____ / ____