

Formato De Registracion

Nombre del Paciente _____ Fecha _____
Nombre Apellido
Dirección de Hogar _____ Ciudad _____ Estado _____ Código _____
Celular # _____ Telefono _____ Fecha de Nacimiento _____
Correo Electronico _____ Seguro social # _____
Favor de Marcar lo Apropriado: Soltero(a) Casado(a) Viudo(a) Divorciado(a) Union Libre Sexo: M F
Esposa (ó) ó nombre del pariente _____ Empleo _____ Telefono _____
A quien debemos agradecer por haberlo referido? _____
Persona para contactar en caso de emergencia _____ Telefono _____

Información de Aseguranza

Persona Responsable _____ Relación al Paciente _____
Fecha de Nacimiento _____ Seguro social # _____ Fecha en que fue empleado (a) _____
Nombre del empleador _____ Telefono del trabajo _____
Aseguranza Dental _____ Tel. # _____ Grp. # _____ Poliza. # _____
Usted tiene una aseguranza adicional? Sí No

Historial Medico

Nombre de tu actual Denista? _____ Fecha de tu ultima examinación? _____

Favor de circular Sí o No (si es un sí, favor de detallar)

Si No Esta tomando medicamento en este momento? _____
Si No Usted es alérgico a algún medicamento? _____
Si No Usted tiene historial de una enfermedad mayor? _____
Si No Has recibido algún golpe en la cara, boca o dientes? _____
Si No (Mujér) Cree usted estar embarazada? _____
Si No (Mujér) Esta tomando medicamento de control parental en este momento? _____
Si el paciente es menor, cual es su peso actual? _____

Alguna vez ha tenido lo siguiente? (todo debe ser marcado Si o No)

Si	No		Si	No		Si	No	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sangrados anormales /Hemofilia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Desordenes nerviosos
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SIDA ú otros desordenes inmunosupresores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Vértigos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Osteoporosis
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alergias a los anestésicos o algun medicamento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Epilepsia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sangrado prolongado
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Desordenes gastrointestinales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cuidado psiquiátrico
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Empalmes artificiales o válvulas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alergias generales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Radiación/quimioterapia
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Artritis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolores de cabeza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pérdida de peso reciente
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Asma o Fiebre alta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Soplo en el corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fiebre reumática
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas de espalda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hepatitis/ Problemas del hígado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas del sinusitis
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Desordenes del hueso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hepatitis C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fumador ___/día
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dependencia química	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hemofilia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Paralisis Facial
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diarrea crónica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Herpes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tuberculosis
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas de la circulación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Presión arterial alta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tumor o cáncer
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Implantes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Usado Phen- Phen
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas del riñón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Úlcera
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alergía del látex	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad venérea
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Defecto congénito del corazón			

CONSENTIMIENTO Y AUTORIZACION

Yo doy consentimiento para el tratamiento necesario y requerido del cuidado para la persona mencionada como paciente anteriormente, incluido pero no restringido de cualquier droga o medicina, trabajo de operaciones y conducto de radiografias ú otros estudios que talvez sean usados por el Doctor atendido, su asistente o persona calificada designada. La información mencionada es precisa y completa a mi consentimiento y solo será usada para mí Dentista o cualquier miembro de su consultorio para cualquier error o omisión que yo haya hecho al completar esta forma. Tambien tomo total responsabilidad por pagos de servicios dados y estoy de acuerdo en SALDAR LA CUENTA TOTAL EN EL DIA DEL SERVICIO. En caso de incumplimiento de pago su cuenta será enviada a una agencia de colecciones por lo tanto estoy de acuerdo en pagar todos los costos de corte, cobros de abogados y honorarios de colecciones en conjunto con el cobro original.

Firma: _____ Fecha: _____