

Bienvenido

Gracias por confiar en nosotros para su cuidado dental. Le prometemos hacer lo mejor para proveerle el tratamiento mas fino disponible.

Informacio De Paciente

Nombre _____ Fecha De Nacimiento _____ Edad _____

Numero De Telefono (casa) _____ Celular _____

Dirreccion _____ Ciudad _____ Codigo Postal _____

SEXO M H Casado/a Viudo/a Soltera Menor
 Separado/a Divorciado/a Juntos por _____ Anos

E-mail _____ Celular #2 _____

Empleador _____ Telefono De Empleo _____

Esposo/a _____ Empleador _____ # De telefono _____

A Quien podemos agradecer por conocernos? _____

Persona de contactar en caso de emergencia _____ # De telefono _____

Persona Responsable

Nombre de Persona _____

Responsable por la cuenta _____ Relacion con el paciente _____

Dirreccion _____ Ciudad _____ Codigo Postal _____

De Licencia _____ Fecha De Nacimiento _____ # De Seguro Social _____

Empleador _____ Telefono De Empleo _____

Es paciente en nuestra officina ? Si NO E-mail _____ Celular _____

Informacion de Aseguranza

Nombre de asegurado _____ Relacion con el paciente _____

Fecha De Nacimiento _____ SS# _____ Tiempo empleado _____

Empleador _____ Telefono De Empleo _____

Dirreccion de empleador _____ Ciudad _____ Codigo postal _____

Nombre de Seguro _____ Group # _____ Union/Local # _____

Dirreccion _____ Ciudad _____ Codigo Postal _____

Historia Dental

La Rason por su Visita _____ fecha de su ultimo examen dental _____

Dentista anterior _____ fecha de radiografias ultimas _____

Por favor (circule) lo que le aplica a usted:

Mal Aliento	Moliendo Los Dientes	Sensitividad a lo frio
Sangramiento de las encias	Dientes flojos rellenos quebrados	Sensitividad a lo dulce
Tronar de la quijada	Tratamiento Dental	Sensitividad al morder
Collecion de comida entre los dientes	Sensitividad a lo caliente	leciones en la boca

Usted usa el hilo dental? _____ Cada cuando se sepilla los dientes? _____

Continuar

Historia Medica

Nombre de Doctor _____ Fecha de su ultima visita _____

A tomado usted alguno de estos medicamentos conosidos como "Fen-Phen"?

Esto incuye Lonimin, Adipex, Fastin (brand names of Phentermine), Pondimin 9fenfluramine) y Redux (dexfenfluramine).

SI NO

Usted a tenido una operacion seria? **SI NO** Esplique si indico que si _____

Usted a tenido una transfucion de sangre? **SI NO** Fechas si indico que si _____

Usted a tenido historia de Endocarditis **SI NO** Indique fecha _____

Usa remedies naturales de hierbas? **SI NO** Describa _____

Usted toma una aspirina diaria? **SI NO**

(Mujeres) Esta Embarazada? **SI NO** Amamantando? **SI NO** Tomado anticonceptivos? **SI NO**

Por favor (circule) lo que le aplica a usted:

Anemia	S/N	Lecion conjenital del Corazon	S/N	Hepatitis Tipo _____	S/N	Fiebre scarlet	S/N
Arthritis, Rheumatismo	S/N	Tratamiento de cortizona	S/N	Reparacion de hernia	S/N	Corto de respiracion	S/N
Valvula artificial de Corazon	S/N	Tos presistente	S/N	Presion alta/ baja	S/N	salpullido de la piel	S/N
Juntaduras artificiales.	S/N	Sangra al toser	S/N	HIV/SIDA	S/N	Embolia	S/N
Asthma	S/N	Diabetis	S/N	Dolor en la Quijada	S/N	Inchado de los pies o tovillos	S/N
Problemas de la espalda	S/N	Epilepsia	S/N	Enfermedad de los rinones	S/N	Tiroides	S/N
Sangramiento abnormal	S/N	Desmallos	S/N	Enfermedad de el higado	S/N	Habito de tabaco o fumar	S/N
Enfermedad de la sangre	S/N	Glaucoma	S/N	Valvula mitral	S/N	Tonsillitis	S/N
Cancer Tipo _____	S/N	Dolor de cabeza	S/N	Marca pasos	S/N	Tuberculosis	S/N
Dependencia a las drogas	S/N	Murmulos en el corazon	S/N	Tratamiento de radiacion	S/N	Ulcera	S/N
Chemotherapia	S/N	Problemas de el corazon	S/N	Enfermedad respiratoria	S/N	Enfermedad veneria	S/N
Problemas de la circulacion	S/N	Hemophilia	S/N	Fiebre reumatica	S/N	Lupus	S/N
Enfermedad de Alzheimer	S/N	Deficiencia de aprendizaje	S/N	Enfermedad de Asperger	S/N	Fibromyagia	S/N

Indique los medicamento que esta tomado :

Allergias:

For office use only

Date reviewed _____

Dr Signature _____

Autorizacion y relevo (Requirido)

Con el mejor de mi conosimiento toda la informacion ariba esta completa y correcta. Yo entiendo que es mi responsabilidad informarle a mi doctor si yo, mi hijo/a tiene un cambio en su salud.

FIRMA

FECHA

Bienvenidos a Indian Hills Dental

Esperamos servir todas sus necesidades dentales en el futuro. Si esta utilizando sus ventajas de seguro dental o esta pagando privado por su tratamiento, habra casos cuando no se podra tomar una serie completa de radiografias en su primera visita. Esto puede ser debido a las restricciones puestas en nosotros por su compania de seguro o los costos para pagar privado. Esto limita nuestro diagnostico a cual podemos diagnosticar atraves de las radiografias y del examen oral que seran realizados.

(Iniciales) _____

Porque cada cita se reserva específicamente para usted, las citas faltadas y canceladas llegan a ser costosas a nosotros. Para las citas faltadas o canceladas, requerimos un aviso previo de 24 horas. Si no hay un aviso de 24 horas, \$50.00 serán cargados a su cuenta.

Gracias por su cooperacion en estas materias.

(Iniciales) _____

Reconosimiento De El Aviso De Las Practicas De Privacidad

He recibido el Aviso De Las Practicas De Privacidad y me han proporcionado una oportunidad de repasarla.

(Iniciales) _____

Reconosimiento De MSDS

He recibido el informe de MSDS y me han proporcionado una oportunidad de repasarla.

(Iniciales) _____

Autorizacion De Fotografias (opcional)

Doy mi permiso para que utilicen mis fotos en uso oficial de la oficina

(Iniciales) _____

Firma Del Paciente

Fecha