

FORMULARIO DE INGRESO DEL PACIENTE

Bienvenido a nuestra practica!. Por favor complete este formulario de manera precisa. Es importante para nosotros tener esta informacion para poder brindarle el mejor cuidado posible para usted o su representado. Su privacidad es importante para nosotros. La informacion que usted provea se mantendra estrictamente confidencial.

INFORMACION DEL PACIENTE

Nombre de el paciente: _____ Masculino Femenino
Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Codigo Postal: _____
Teléfono de Casa: _____ Trabajo: _____ Celular: _____
Email: _____ Fecha de Nacimiento (Mes/Dia/Año): _____
Nombre de preferencia: _____ Seguro Social#: _____
ID o Licencia#: _____

HISTORIA DENTAL

Dentista anterior: _____ Ciudad: _____ Teléfono : _____
Fecha de su ultimo chequeo dental: _____ Ultima limpieza: _____ Ultimos Rayos X: _____

Por favor marque las que correspondan:

Ha tenido tratamiento de ortodoncia:	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Nombre del Ortodoncista: _____	
		Cuando: _____	
Dolor de dientes, muelas o mandibula:	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Problemas del habla:	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Sufrió algún daño de los dientes o mandibula:	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Respira mayormente a traves de la boca:	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Toca algun instrumento musical que tocan sus labios:	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Tiene familiares que usaron aparatos (braces):	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Usa chupon o se chupa el pugar o los dedos:	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Tiene habitos que causan problemas de ortodoncia:	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Fuma o mastica tabaco?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
Tiene algún otro habito o problema:	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
Por favor describalo: _____			

¿Qué clase de agua toma el paciente? De la ciudad De Pozo Embotellada Otro: _____

¿Alguna vez ha tenido complicaciones despues de un tratamiento dental? Si No Si la respuesta es si por favor describa: _____

El paciente necesita recibir algún medicamento o antibiotico antes de recibir tratamiento dental? Si No

HISTORIA MEDICA

Nombre del Médico: _____ Ciudad: _____ Fecha de su ultimo examen fisico: _____
Teléfono del Médico: _____ Farmacia: _____ Teléfono: _____

¿Como calificaría la salud en general del paciente? Excelente Buena Regular Pobre ¿Estan las Vacunas al día? Si No

Por favor marque Si o No para indicar si el paciente tiene, ha tenido o ha sido diagnosticado con algo de lo siguiente:

SIDA/VIH	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Hepatitis A	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Hipertensión arterial (presión alta)	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Anemia	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Hepatitis B o C	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Hipotensión (Presión Baja)	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Artritis	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Reparación de Hernia	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Problemas del Corazón	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Reemplazo Artificial de Coyunturas	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Defecto Congenito del Corazón	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Soplo en el corazón	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Asma	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Problemas en los riñones	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Cuidado Psiquiatrico	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Problemas en los huesos	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Alergia al Latex	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Fiebre Reumática	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Diabetes	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Sensibilidad al Latex	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Convulsiones/ Epilepsias	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Desmayos	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Problemas del Hígado	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Sinusitis	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Problemas Endocrinos	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Prolapso de La Valvula Mitral	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Amigdalas Extraidas	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Problemas de Tiroides	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Quimioterapia o Radiación	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Infección de Oidos	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Desordenes Nerviosos	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Tuberculosis	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Trauma de la Cara o Mandibula	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Sangrado Prolongado	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Ulcera	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
Propenso a resfriados	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Glaucoma	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		

Alguna otra condición médica que no haya sido nombrada en la parte de arriba; _____

Medicamentos: _____

Alergias: _____

Ha estado hospitalizado alguna vez? Si No Si contesto que si por favor describa la razón: _____

SOLO PARA MUJERES

¿Esta utilizando algun metodo anticonceptivo? Si No Especificue cual: _____ Edad de su primera menstruación: _____

Esta la paciente embarazada? YES NO Si es si, Cual es la fecha probable de parto: _____ Esta amamantando? YES NO

Al firmar abajo, certifico que la información proveida anteriormente es precisa, verdadera y de mi mejor conocimiento

Firma: _____ Fecha: _____

Nombre: _____ Relación con el paciente: _____

Nombre del Paciente _____ Fecha de Nacimiento _____

Razón de la Visita de Hoy: Chequeo de Rutina Evaluación de Algo Específico:

FUENTE DE RECOMENDACION

¿Como supo acerca de nosotros? Internet, website:

¿Por un Doctor?:

¿Por otro paciente?:

Compañía de Seguro:

Otro:

PERSONAS RESPONSABLES DE EL PACIENTE

El Paciente vive con: Padre Madre Representante Legal Representante Legal ¿Puede proveer documentación Legal? Si No

Nombre de el padre:

D.O.B.

Nombre de la Madre:

D.O.B.

Dirección:

Dirección:

Ciudad, Estado, C.P.:

Ciudad, Estado, C.P.:

Años en la residencia:

Propio/Alquiler:

Años en la residencia:

Propio/Alquiler:

Fuente de Ingreso:

Ocupación:

Fuente de Ingreso:

Ocupación:

Empleador:

Años empleado:

Empleador:

Años empleado:

Teléfono Casa #: ()

Telefono de Casa#:()

Celular #:()

Celula#: ()

E-mail:

E-mail:

Hay otras personas además de las nombradas arriba que esten autorizadas a tomar decisiones financieras y/o de tratamiento para este paciente: Si No

Nombre:

Relación con el paciente:

INFORMACION DE EL SEGURO DENTAL

Compañía de Seguro:

Teléfono del Seguro #: ()

Dirección:

Subscriber de la poliza:

Relación con el paciente:

Poliza #:

Seguro Social #:

Fecha de Nacimiento:

Empleador/Nombre del Grupo:

Grupo#:

CONTACTOS DE EMERGENCIA

Nombre:

Teléfono #: ()

Relación con el paciente:

Nombre:

Teléfono #: ()

Relación con el paciente:

PERMISO PARA EXIBIR FOTO DE EL PACIENTE

Si el paciente no presenta caries en la visita de rutina dental. Nos permite exhibir su foto en nuestra pizarra de el club de dientes saludables?

Yes No

RECONOCIMIENTO

Firmando abajo, la información proveída arriba es correcta y de mi mejor conocimiento. En el caso que haya algún inconveniente con respecto a la custodia de un paciente menor de edad; entiendo que Larry J. Moray, DDS, MS, PA and Associates debe estar provisto de los documentos de custodia expedidos por la corte que claramente describa el acuerdo de custodia y designe una persona quien es autorizada para el consentimiento de el tratamiento y es financieramente responsable para los cargos adquiridos. Larry J. Moray, DDS, MS, PA and Associates reserva los derechos para postergar o rechazar tratamiento. Entiendo que, cuando sea pertinente los reportes de las agencias de crédito pueden ser obtenidas. Tambien reconozco que he recibido, leído y entendido tanto las políticas de la oficina como las financieras.

Firma:

Fecha:

Nombre:

Relación con el paciente: