REGISTRACION DE PACIENTE

Informacion de Paciente:

Primer Nombre:­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Apellido: ­­­­\_\_­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Domicillio:­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ciudad:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Estado:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Codigo Postal:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefono de Casa:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Telefono de Trabajo:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cellular:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Referido:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Correo Electronico: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Me gustaria recibir correspondencis electronica? Si / No

Seguro Social : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Lic. De Conducir : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Sexo : H or M

Nombre de Contacto Emergencia: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Relación:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Telefono : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Estado Matrimonial : soltero/a casado/a divorciado/a separado/a viudo/a acompaniado/a

Informacion de Segure Primaria:

Nombre de Asegurado: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Relacion al Paciente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Empleador : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Numero de Empleador: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Compania de Seguro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Tel de Compania de Seguro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Historia Dental:

Propósito de esta cita:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Problemas/preocupaciones:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha de la última visita:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ¿Está satisfecho con su sonrisa: Si / No

¿Actualmente tiene algún dolor dental? Si / No explicar: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Ha tenido experiencias dentales infelices ? Si / No explicar: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Ha tenido alguna lesión en su boca / dientes / cabeza? Si / No explicar: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿ Usted respira por la boca, en la noche o / ronca? Si / No explicar: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Tiene algún problema de mandíbula ( clic / estallar / dolor) ? Si / No explicar: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Usted usado (frenos) aparatos de ortodoncia ? En el pasado? Si / No explicar: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Cuántas veces al día te cepillas ?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Utiliza hilo dental: Si / No

¿Utiliza la crema dental fluorada ? Si / No ¿Cuántas veces por semana usted utiliza hilo dental: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Tienes un cepillo de dientes manual o un cepillo de dientes eléctrico ? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Utiliza enjuague bucal ? Si / No Tipo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Aunque el personal dental trate prinipalmente el area en y alrededor de la boca, esta es una parte de su cuerpo entero. Los problemas de la salud que usted puede tener, o la medicina que usted puede estar tomando, podria tener una interraiacion importante con la odontolgia que usted recibira. Gracias por contester las siguentes preguntas.

Historia Medical:

Nombre del médico :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha de la última visita médica:­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Domicillio:­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Ciudad:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Estado:\_\_\_\_\_\_\_\_ Codigo Postal: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Está usted actualmente bajo el cuidado de un médico por una razón específica ? Si / No

explicar: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Está tomando algún medicamento? Si / No explicar: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Tiene algún condiciones emocionales / mentales que debemos tener en cuenta? Si / No Explicar:­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Usted tiene alguna condición física que debemos tener en cuenta ? Si / No Explicar:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Usted tiene alguna condición médica que debemos tener en cuenta ? Si / No Explicar:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Es alérgico a algún medicamento? Si / No Explicar:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Usted tiene alguna otra alergia (animales/latex/anestésicos/locales de alimentos, etc.)? Explicar:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Ha estado alguna vez hospitalizado? Si / No Explicar:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Ha tenido alguna cirugía ? Si / No Explicar: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Se requiere pre -medicación antes del tratamiento dental? Si / No Explicar:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

MUJERES SOLAMENTE : ¿Está o podría estar embarazada? Si / No Tomar píldoras anticonceptivas ? Si / No

¿Alguna vez has tenido o experimentado alguna de las siguientes ? (Marque todo lo que corresponda )

\_\_\_ SIDA / VIH positive \_\_\_ Quimioterapia \_\_\_ Vómitos / Náuseas \_\_\_ Alcohol

\_\_\_ Anemia \_\_\_ Tratamiento de radiación \_\_\_ ADD / ADHD ­\_\_\_ Diarrea

\_\_\_ Artritis \_\_\_ Sinusitis \_\_\_ Reemplazo de Articulaciones \_\_\_ Diabetes

\_\_\_ Asma \_\_\_ Dolor en el pecho (angina ) \_\_\_ Los dolores de cabeza \_\_\_ Herpes

\_\_\_ Autismo \_\_\_ Tos persistente \_\_\_ Pérdida Auditiva \_\_\_ Marcapasos

\_\_\_ Infección de la vejiga \_\_\_ Problemas de sangrado \_\_\_ Soplos del Corazón \_\_\_ Hepatitis A / B / C

\_\_\_ Trastorno hemorrágico \_\_\_ Epilepsia \_\_\_ Enfermedad del corazón \_\_\_ Convulsiones

\_\_\_ Transfusiones de Sangre \_\_\_ Ataque Del Corazón \_\_\_ Presión arterial alta \_\_\_ Llagas en la boca / Úlceras

\_\_\_ Visión borrosa \_\_\_ Defectos del corazón \_\_\_ Hemofilia \_\_\_ Enfermedad ( s ) de los ojos

\_\_\_ Cáncer / Tumores \_\_\_ Sed excesiva \_\_\_ Problemas Alimentarios \_\_\_ La boca seca

\_\_\_ Micción frecuente \_\_\_ Los dolores de oído / timbre \_\_\_ Marcapasos \_\_\_ Dificultad para orinar

\_\_\_ Desmayo / Mareos \_\_\_ La infección del riñón \_\_\_ Parálisis Cerebral \_\_\_ La infección del hígado

\_\_\_ Fiebre reumática \_\_\_ Trasplante de Órganos \_\_\_ Problemas de la tiroides \_\_\_ Enfermedad de transmisión sexual ( s )

\_\_\_ Lentes de Contacto \_\_\_ Falta de aliento \_\_\_ Problemas estomacales / úlceras \_\_\_ Corazón Prótesis válvula

\_\_\_ Tobillos hinchados \_\_\_ Tabaco en cualquier forma \_\_\_ Atención Psiquiátrica \_\_\_ Dificultad para deglutir

\_\_\_ Los dolores de cabeza frecuentes \_\_\_ Carrera / endurecimiento de las arterias

TODOS LOS PACIENTES :

¿Tiene usted alguna otra información médica que tenemos que ser conscientes de que aún no se ha cubierto en este formulario?

Si / No Explicar: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Política de Nombramiento:

Sus citas programadas están reservados específicamente para usted . Cualquier llegadas tardías o citas perdidas afectan a muchos pacientes , incluyendo su propio nombramiento. Pueden pasar varias semanas antes de que seamos capaces de reprogramar la cita . Hemos enumerado nuestras " políticas de nombramiento " a continuación :

* si la cancelación es inevitable, por favor llame a nuestra oficina al menos 24 horas de anticipación al (214)823-2182 para que podamos dar a su hora de la cita a otro paciente. Si la cancelación se realiza con menos de 24 horas , esto puede ser considerado como un perdidas / cita fallida.
* Si usted no puede llegar a su cita programada sin previo aviso , esto puede ser considerado como un perdidas / cita fallida.
* Por favor llegue por lo menos 5 minutos antes de su cita. Si llega más de 15 minutos tarde a su cita , es posible que tenga que ser reprogramado debido a las restricciones de horario. Este nombramiento puede considerarse como un perdidas / cita fallida.
* Tres perdidas / nombramientos no pueden dar lugar a la terminación de nuestro dentista - relación paciente.

Entiendo que la información proporcionada es correcta, a mi leal saber y se llevará a cabo en la más estricta confidencialidad . Yo entiendo que es mi responsabilidad informar a Cooper Family Dental de cualquier cambio en mi estado de salud , los seguros y / o información de contacto . También entiendo cancelado / Política nombramiento de Cooper Family Dental tarde / fallado.

FAVOR DE LEER CON CUIDADO:

YO, POR LA PRESENTE AUTORIZO EL MEDICO QUE TOME RADIOGRAFIAS, MODELOS DE ESTUDIO, FOTOGRAFIAS, Y OTROS DIAGNOSTICS QUE CONSIDEREN ADECUADAS POR EL MEDICO PARA HACER UN DIAGNOSTICO EXHAUSTIVO NECESITADO DENTAL DEL PACIENTE. TAMBIEN AUTORIZO COOPER FAMIL DENTAL PARA RELIZAER CUALQUIER Y TODOS LOS FORMILARIOS, TRATAMIENTO, MEDICAMENTOS Y TERAPIA QUE PUEDE ESTAR INDICADA. TAMBIEN ENTIENDO QUE EL USO DE AGENTES DE ANESTEHTIC ENCARNA UN CIERTO RIESGO. ENTIENDO QUE MI CONTRATO DE SEGURO DENTAL ES ENTRE LA COMPANIA DE SEGUROS Y YO Y NO ENTRE LA COMPANIA DE SERGURO Y COOPER FAMILY DENTAL, Y QUE ESTOY COMPLETAMENTE RESPONSABLE DE TODAS LAS TARIFAS DENTALES. ESTAS TARIFAS SERAN PAGADAS EN EL TIEMPO DE SERVICO, TAMBIEN ASIGNO TODOS LOS BENEFICIOS DE SEGURO A SMILE WORKSHOP CUALQUIER PAGO RECIBIO POR EL MEDICO DE MI EMPRESA DE SEGURO SE ABONARAN A MI CUENTA O REEMBOLSADO A MI PETICION, SI PAGO LAS TASAS DENTALAS INCURRIDAS. ADEMAS, TENGO ENTENDIDO QUE SE AGREGARA UN CARGO FINAL A CUALQUIER SALDO VENCIDO. HE LEIDO Y ENTENDIDO QUE EL ADVISO DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD, COMO REQUIERE Y ACTO PORTABILIDAD DEL SEGURO DE SALUD Y LA RENDICION DE CUENTAS DE 1996 (HIPPA)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 FIRMA DE PACIENTE / GUARDIA FECHA FIRMADO

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

NOMBRE IMPRESO