

REGISTRO DEL PACIENTE E HISTORIA CLINICA

Celular () _____
Teléfono Casa () _____

Nombre _____ Fecha de Nacimiento _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Sexo M F Soltero(a) Casado(a) Viudo(a) Divorciado(a)

Número de Seguro Social _____ Email _____

En caso de Emergencia, a quien debo notificar? _____ Teléfono _____

HISTORIA CLINICA

Nombre del Medico _____ Fecha del último Examen Físico _____

Ha tenido usted alguna vez algo de lo siguiente? (Marque las casillas que le correspondan)

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Problemas del Corazón | <input type="checkbox"/> Epilepsia | <input type="checkbox"/> Dieta Especial |
| <input type="checkbox"/> Presión Sanguínea Alta | <input type="checkbox"/> Dolores de Cabeza | <input type="checkbox"/> Glándulas del Cuello Hinchadas |
| <input type="checkbox"/> Problemas Circulatorios | <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> Fiebre Reumática |
| <input type="checkbox"/> Problemas Nerviosos | <input type="checkbox"/> Cáncer | <input type="checkbox"/> Sinusitis |
| <input type="checkbox"/> Radioterapia | <input type="checkbox"/> Tratamiento Siquiátrico | <input type="checkbox"/> VIH/Sida |
| <input type="checkbox"/> Válvula en el Corazón | <input type="checkbox"/> Diarrea Crónica | <input type="checkbox"/> Tuberculosis |
| <input type="checkbox"/> Reciente Pérdida de Peso | <input type="checkbox"/> Alergias a medicinas o drogas | <input type="checkbox"/> Embolia Cerebral |
| <input type="checkbox"/> Problemas de Espalda | <input type="checkbox"/> Alergias Generales | <input type="checkbox"/> Ulcera |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Hemofilia |

Tiene usted alguna alergia a medicamentos, o ha tenido usted alguna vez reacción a algún medicamento? SI NO

Si la respuesta es afirmativa, a qué? _____

Ha reaccionado usted alguna vez adversamente a un tratamiento médico o dental? _____

Está tomando usted actualmente algún medicamento? _____

Esta usted bajo cuidado médico? SI No Mencione porque razón? _____

(Mujeres) Sospecha usted que está embarazada? Si No

Esta usted amamantando a su bebe? SI No

Hay alguna otra cosa que nosotros deberíamos saber sobre su historia clínica? _____

La información de arriba es correcta y complete, a mi saber y entender, y se proporciona con el único propósito de que se use en un tratamiento, para facturación y para procesamiento ante el seguro de los beneficios a los que tengo derecho. Yo no lo hare responsable a mi dentista ni a ningún integrante de su personal por errores u omisiones que yo pueda haber cometido al llenar este formulario.

Fecha _____ Firma _____

TRASPASO DE LOS BENEFICIOS DEL SEGURO Y AUTORIZACION PARA LA DIVULGACION DE INFORMACION

YO, el suscrito, tengo seguro con _____
Nombre de la Compañía de Seguros

Y traspaso directamente al Dr. _____ todos los beneficios del seguro, si los hubiere que de otra manera son pagaderos a mi por los servicios prestados. Yo entiendo que soy financieramente responsable por todos los cargos incurridos, ya sea que son pagados por el seguro o no. Por el presente yo autorizo al doctor a divulgar toda la información que sea necesaria para asegurar el pago de los beneficios. Yo autorizo el uso de esta firma en todas las presentaciones que se hagan ante el seguro, ya sea que son hechas manualmente o electrónicamente.

Fecha _____ Firma _____

CONSENTIMIENTO SOBRE MENOR/NINO

YO, siendo el padre/madre o tutor _____
Nombre del Menor/Nino

Autorizo al personal dental que presten los servicios dentales necesarios para mi Niño(a), incluyendo pero no limitados a, radiografías y la administración de anestesia, que sean considerados aconsejables por el doctor, sea que yo esté presente o no en la cita dental cuando el tratamiento se lleve a cabo.

Fecha _____ Firma _____

ACUERDO FINANCIERO

YO, acepto que el pago de los servicios dentales se vence cuando se realice el tratamiento, a menos que se haya hecho otros arreglos. Yo estoy de acuerdo en que los padres o los tutores son responsables por todos los honorarios y servicios prestados para el tratamiento de un menor/Niño, o si el servicio prestado es para mí, soy responsable totalmente de mi cuenta. Yo acepto responsabilidad financiera total por todos los cargos no cubiertos por el seguro o sea yo paciente pagando en efectivo.

Fecha _____ Firma _____