



UNION
DENTAL
CENTER

Family Dentistry Since 1980

REGISTRO DEL PACIENTE E HISTORIA CLÍNICA

Fecha _____	(POR FAVOR ESCRIBA EN LETRA DE IMPRENTA)	Teléfono Particular _____	
Paciente			
Apellido _____	Primer Nombre _____	Inicial _____	Nombre Preferido _____
Dirección – Calle _____	Ciudad _____	Estado _____	Código Postal _____
Dirección de Correo Electrónico _____			
Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Edad _____	Fecha de Nacimiento _____	<input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a) <input type="checkbox"/> Separado(a) <input type="checkbox"/> Divorciado
Empleado(a) por _____	Ocupación _____		
Dirección del Empleador _____	Teléfono del Empleador _____		
Nombre del Cónyuge/Padre o Madre _____	Fecha de Nacimiento del Cónyuge/Padre o Madre _____		
Cónyuge/Padre o Madre Empleado por _____	Ocupación _____		
Dirección del Empleador _____	Teléfono del Empleador _____		
¿Quién es responsable por esta cuenta? _____	Relación con el Paciente _____		
No. de Seguro Social _____	No. de Seguro Social del Cónyuge/Padre o Madre _____		
Nombre de la Compañía del Seguro Dental _____	Grupo Número _____		
En caso de emergencia, ¿a quién se deberá notificar? _____	Teléfono _____		
¿A quién podemos agradecer por habernos referido a Ud? _____			

TRASPASO DE LOS BENEFICIOS DEL SEGURO Y AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

Yo, el suscrito, tengo seguro con _____

Nombre de la(s) Compañía(s) de Seguro

y traspaso directamente al Dr. _____ todos los beneficios del seguro, si los hubiere, que de otra manera son pagaderos a mí por 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/NiÑO

Yo, siendo el padre o tutor de _____ por el presente

Nombre del menor/niño

solicito del y autorizo al personal dental que preste los servicios dentales necesarios para mi niño, 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 del Asegurado/Tutor

ACUERDO FINANCIERO

Yo acepto que el pago de los servicios dentales se vence cuando se realiza el tratamiento, a menos que se hayan 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. Yo acepto responsabilidad financiera total por todos los cargos no cubiertos por el seguro.

Fecha

Firma del Asegurado/Tutor

Paciente: _____

Fecha de Nacimiento: _____

HISTORIAL MÉDICO

Nombre de su doctor _____ Fecha de su ultima visita _____

¿Ha usted tomado Fosamax, Actonel, Boniva, Zometa, Aredia o cualquier otro Bifosfonato? Sí No

Solo Mujeres: ¿Está embarazada? Sí No ¿Está lactando? Sí No ¿Toma pildoras anticonceptivas? Sí No

¿Ha tenido alguna enfermedad o cirugía? Sí No Si su respuesta es sí describa _____

¿Ha tenido transfusión de sangre? Sí No Si su respuesta es sí fecha aproximada? _____

¿Es usted alérgico o ha tenido una reacción adversa a alguno de los siguientes medicamentos? Sí No

(Circule) Aspirina Anestecia Local Eritromicina Penicilina Codeína Productos Látex

Favor de circular "SÍ" or "NO" a cualquiera que usted haya tenido o tenga en el presente. Si ninguna le aplica favor de circular "NO".

Anemia	Sí No	Alergias a alimentos	Sí No	Problemas Respiratorios	Sí No
Artritis, Reumatismo	Sí No	Glaucoma	Sí No	Fiebre Reumatica/Escarlata	Sí No
Problema valvular o reemplazo	Sí No	Dolores de cabeza	Sí No	Perdida de peso rápida	Sí No
Coyuntura protestetica	Sí No	Soplo de Corazón	Sí No	Aumento de Peso Rápido	Sí No
Asma	Sí No	Problemas del Corazón	Sí No	Herpes	Sí No
Problemas de espalda	Sí No	Hemofilia	Sí No	Falta de aliento	Sí No
Sangrado anormal	Sí No	Hepatitis	Sí No	Alergias en la piel	Sí No
Enfermedad sanguinea	Sí No	Hernia	Sí No	Espina Bifida	Sí No
Cancer	Sí No	Alto presión sanguine	Sí No	Derrame Cerebral	Sí No
Dependencia de sustancias químicas	Sí No	Alto Colesterol	Sí No	Implante quirúrgico	Sí No
Tratamiento de quimioterapia/ radiación	Sí No	VIH/SIDA	Sí No	Hinchazón de los pies/tobillos	Sí No
Problemas circulatorios	Sí No	Dolor de mandíbula	Sí No	Tiroides	Sí No
Tratamientos de cortisona	Sí No	Enfermedad del riñon	Sí No	Hábito del Tabaco	Sí No
Tos persistente	Sí No	Enfermedad del hígado	Sí No	Amigdalitis	Sí No
Toser sangre	Sí No	Prolapse de la valvula mitral	Sí No	Tuberculosis	Sí No
Diabetes	Sí No	Nerviosismo	Sí No	Ulceras	Sí No
Epilepsia	Sí No	Marcapasos	Sí No	Enfermedad venérea	Sí No
Desmayo	Sí No	Tratamiento de Salud Mental	Sí No		

Liste medicamentos que toma y de razón _____

Alergias a cualquier medicamento _____

Para Uso de empleados de la oficina Doy conocimiento que toda información está actualizada y al corriente.

FIRMA DEL PACIENTE	FIRMA DEL DENTISTA	FECHA