

## Registro del Paciente

Informacion del Paciente	Asegurancia Dental
Fecha _____	Quien es responsable por la cuenta? _____
Nombre del Paciente _____	Relacion al paciente _____
Direccion _____	Nombre de la asegurancia _____
Ciudad _____ Estado _____ Codigo Postal _____	Grupo # _____
Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Esta el paciente cubierto por otra asegurancia adicional? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Edad _____ Fecha de nacimiento _____	Nombre del Asegurado _____
<input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a)	Fecha de nacimiento _____
<input type="checkbox"/> Separado(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a)	Numero de SS _____
Numero de SS _____	Relacion al paciente _____
Ocupacion _____	Nombre de la asegurancia _____
Empleador _____	Grupo # _____
Direccion del trabajo _____	<b>ASIGNAMIENTO DE BENEFICIOS</b> Yo certifico que yo (o mi dependiente) tiene/tengo cobertura con la asegurancia _____ y asigno todos los beneficios directamente a la Dra. Tuyet Huynh, si algunos, por los servicios ofrecidos. Comprendo que soy financieramente responsable, por los cargos sean o no pagados por la asegurancia. Autorizo a el Dr(a) a dar toda la informacion necesaria para asegurar el pago de beneficios. Autorizo el uso de esta firma en todos los reclamos a la asegurancia.
Telefono del trabajo _____	Firma de la Persona Responsable _____
A quien le agradecemos por recomendarlo a esta oficina? _____	Relacion al Paciente _____ Fecha _____

Numeros de Telefono		
Casa _____	Trabajo _____	Extension _____
Celular _____	Trabajo del esposo (a) _____	
Mejor tiempo y lugar para contactarlo(a) _____		
<b>EN CASO DE EMERGENCIA, CONTACTAR</b> (Especifique a alguien que no viva en su casa.)		
Nombre _____	Relacion _____	
Numero de telefono (casa) _____	Numero del trabajo _____	

# Historial Medico y Dental del Paciente

## Historial Dental

Razon por la visita de hoy \_\_\_\_\_  
 Nombre del dentista familiar \_\_\_\_\_ Ciudad/Estado \_\_\_\_\_  
 Fecha de la ultima visita al dentista \_\_\_\_\_ Fecha de los ultimos rayos x \_\_\_\_\_

## Historial Medico

Nombre del medico familiar \_\_\_\_\_ Fecha de la ultima visita \_\_\_\_\_

Conteste "Si" o "No." Indique si ha tenido o tiene lo siguiente:

Sida	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Epilepsia	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Cuidado Siquiatrico	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Anemia	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Mareos o Desmayos	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Tratamiento de Radiacion	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Artritis o Reumatismo	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Glaucoma	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Enfermedades Respiratorias	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Valvulas Artificiales	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Dolores de Cabeza	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Fiebre Reumatica	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Articulaciones Artificiales	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Soplos del Corazon	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Fiebre Escarlatina	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Asma	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Problemas del Corazon	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Falta de Aliento	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Problemas en la espalda	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Hepatitis	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Problemas en los senos nasales	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Mal Aliento	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Tipo A B C		Fumar	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Sangrado Anormal	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Herpes	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Alergias de la Piel	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Sangrado en las encias	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Alta Presion	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Dieta Especial	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Enfermedades de la sangre	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	HIV Positivo	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Embolio	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Cancer	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Dolor En La Mandibula	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Hinchamiento de los Pies	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Dependencia Quimica	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Enfermedades en los rinones	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Hinchamiento en las glandulas del cuello	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Quimioterapia	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Enfermedades en el higado	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Problemas de la glandula Tiroides	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Problemas Circulatorios	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Baja Presion	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Tuberculosis	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Lesiones Congenitas del Corazon	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Valvula Mitral	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Anginas	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Tratamientos de Cortisona	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Problemas Nerviosos	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Tumores	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Tos	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Para Mujeres Solamente:		Ulceras	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Diabetes	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Esta Embarazada?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Enfermedades Venereas	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Enfisema Pulmonar	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Cuanto tiene de embarazo? _____		Perdida de Peso Inexplicable	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Usa lentes de Contacto?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Esta Dando Pecho?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
		Cuando se Alivia?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		

## Medicamentos

## Alergias

Por favor escriba los medicamentos que esta tomando actualmente:

Nombre de la Farmacia \_\_\_\_\_

Numero de Telefono \_\_\_\_\_

- Aspirina  
 Barbituricos (Pastillas para dormir)  
 Codeina  
 Iodo  
 Latex

- Anesteticos Locales  
 Penicilina  
 Sulfas  
 Otros, si algunos por favor mencionelos \_\_\_\_\_

Yo entiendo que la informacion que estoy dando es correcta, es de todo lo que estoy seguro (a). Yo tambien entiendo que esta informacion sera confidencial, y es mi responsabilidad informar cualquier cambio en mi salud. Yo autorizo al personal dental de esta oficina a brindarme todo el tratamiento dental necesario, al cual doy mi consentimiento.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_