



REGISTRO DE PACIENTES

Nombre: _____ Apellido: _____ Inicial del segundo nombre: _____

Habla a _____

City _____ State _____ Código postal _____

Sexo Masculino Femenino Fecha de nacimiento: _____ Número de Seguro Social: _____

Teléfono de casa: _____ Teléfono celular: _____ Teléfono de trabajo: _____

DL# _____ Correo electrónico personal: _____

Estado civil: Casado Soltero Separado Viudo

Nombre del cónyuge: _____

Método de contacto preferido: Correo electrónico teléfono texto correo

Fiesta responsable:

Dirección (si es diferente a la anterior) _____

City _____ State _____ Código postal _____

Sexo Masculino Femenino Fecha de nacimiento: _____ Número de Seguro Social: _____

Teléfono de casa: _____ Teléfono celular: _____ Teléfono de trabajo: _____

Información del seguro primario:

Nombre del suscriptor: _____ Fecha de nacimiento: _____

Relación: Yo Cónyuge Hijo Otro: _____

Empleador: _____ Compañía de seguros: _____

Número de teléfono del seguro: _____ ID del suscriptor: _____ No de grupo _____

Información secundaria del seguro:

Nombre del suscriptor: _____ Fecha de nacimiento: _____

Relación: Yo Cónyuge Hijo Otro: _____

Empleador: _____ Compañía de seguros: _____

Número de teléfono del seguro: _____ ID del suscriptor: _____ No de grupo _____

¿Tiene o ha tenido alguno de los siguientes?

- | | | | | |
|--|--|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Enfisema | <input type="checkbox"/> Enfermedad cardíaca | <input type="checkbox"/> Tos crónica | <input type="checkbox"/> Fiebre reumática | <input type="checkbox"/> Osteoporosis |
| <input type="checkbox"/> Sangrado excesivo | <input type="checkbox"/> Soplo cardíaca | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Convulsiones | <input type="checkbox"/> Hipotermia maligna |
| <input type="checkbox"/> Fácil formación de oretones | <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Hemofilia | <input type="checkbox"/> Problemas de los senos nasales | <input type="checkbox"/> VIH / SIDA |
| <input type="checkbox"/> Glaucoma | <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Presión arterial alta | <input type="checkbox"/> Apnea del sueño | <input type="checkbox"/> epatitis |
| <input type="checkbox"/> Defecto oído | <input type="checkbox"/> Cáncer | <input type="checkbox"/> Ictericia | <input type="checkbox"/> Tuberculosis | <input type="checkbox"/> Ronquidos |
| | <input type="checkbox"/> Dolor de pecho | <input type="checkbox"/> Nefritis | | <input type="checkbox"/> Neumonía |

Explique las entradas positivas anteriores: _____

¿Existe alguna condición médica no mencionada anteriormente que sea parte de su historial médico? Si No

En caso afirmativo, explíquelo porfavor: _____

¿Qué cirugías ha tenido en el pasado? _____

¿Algún problema con la anestesia para sus cirugías? Si No

¿Alguien de su familia consanguínea tiene problemas con la anestesia? Si No

¿Alguna vez ha sido sedado para un procedimiento médico o dental? Si No

Si es así, ¿hubo alguna complicación? _____

¿Tienes un resfriado? Si No

¿Estás embarazada? Si No

¿Fumas o vapeas? Si No

En caso afirmativo, ¿cuántos cigarrillos al día? _____

Las respuestas a las siguientes preguntas se mantendrán confidenciales. Por favor, respóndales con sinceridad. Son parte de su historial médico y no ser reportado a ninguna agencia del orden público. Sus respuestas son importantes porque nos ayudan a proporcionar una anestesia segura.

¿Ha utilizado alguno de los siguientes durante el año pasado?

- Marihuana MDMA Heroína Hongos Metanfetamina Psicodélicos Cocaína Otro

Si respondió que sí a cualquiera de las preguntas anteriores, ¿cuándo fue la última vez que las usó? _____

¿Ha sufrido algún tipo de abuso de medicamentos recetados? Si No

En caso afirmativo, explíquelo porfavor: _____

Oficina dental domiciliaria para pacientes

Ciudad

Nombre del médico o proveedor de atención médica

Ciudad

¿Usas tirantes? Si No

Si es así, ¿quién es su ortodoncista? _____

¿Como supiste de nosotros? Facebook Google Familia / Amigo Dentista / Referencia

¿Quién será el responsable de acompañar al paciente a casa?

Nombre

Relación

Número Celular

Confirmando que toda la información del historial de salud anterior es correcta a mi leal saber y entender

Paciente o padre tutor

Firma

Fecha

OFFICE USE ONLY

Referral _____	Prior Auth Completed _____	VDI Completed _____
Insurance _____	Prepayment/Deposit Collected _____	Pano In Record _____
Medicaid _____	Consents Signed _____	