



INFORMACIÓN DEL PACIENTE: ***Por favor firme el final de esta hoja.***

Nombre: _____ FDN: _____ Tel.# _____
Dirección: _____ Ciudad, Estado, CP : _____
Sexo: M__ F__ Estado Marital: Casado(a)__ Viudo(a)__ Soltero(a)__ Divorciado(a)__ Separado(a)__ Menor__
Correo Electrónico: _____ Tel Secundario: _____
Empleador/Escuela: _____ Empleador/Escuela# _____
SS#: _____ A quien podemos agradecerle por su referencia? _____
Contacto de emergencia y relación: _____ **Tel#** _____

INFORMACION DE PERSONA RESPONSABLE:

Nombre de Responsable: _____ Relación al paciente: _____
Dirección: _____ Ciudad, Estado, CP : _____
Tel.#: _____ Licencia de Manejo: _____ Fecha de Nacimiento _____
Empleador: _____ Tel# _____
Usted es paciente? Si ___ No ___ Correo Electrónico: _____

INFORMACIÓN DE ASEGURANZA:

Nombre de Aseguro: _____ Tel.# _____
Nombre de Asegurado: _____ Relación al Paciente: _____
Fecha de nacimiento: _____ SS# _____ Empleador: _____
Empleador Tel#: _____ Ciudad, Estado, Código Postal: _____

INFORMACIÓN DE ASEGURANZA ADICIONAL:

Nombre de Aseguro: _____ Tel.# _____
Nombre de Asegurado: _____ Relación al Paciente: _____
Fecha de nacimiento: _____ SS# _____ Empleador: _____
Empleador Tel#: _____ Ciudad, Estado, Código Postal: _____

AUTORIZACIÓN HIPAA:

Yo reconozco que he recibido copia de Dental Park's HIPAA Aviso de Prácticas de Privacidad.

Nombre del Paciente: _____

Firma del Paciente, Padre, Guardián Legal _____ Relación al Paciente _____ Fecha _____

Favor de Notar: Es su derecho negar la firma de este reconocimiento.

USO DE OFICINA SOLAMENTE

I tried to obtain written acknowledgement by the individual noted above of receipt of our Notice of Privacy Practices, but it could not be obtained because:

*An emergency prevented us _____ *A communication barrier _____ *Unwilling Individual _____ *Other _____

Staff Signature: _____ Date: _____

***Firma del Paciente, Padre, Guardián Legal _____ Relación al Paciente _____ Fecha _____

YO TESTIFICO QUE TODA LA INFORMACIÓN QUE LLENE ARRIBA ESTÁ CORRECTA A LO MEJOR DE MI CONOCIMIENTO Y ES MI RESPONSABILIDAD DE INFORMAR A EL DOCTOR DE CUALQUIER CAMBIO DE INFORMACIÓN O SALUD.

HISTORIA DENTAL: *Por favor firme el final de esta hoja.*****

Razón de su visita hoy: _____ Fecha de última visita dental: _____

Dentista Anterior: _____ Fecha de últimos rayos x de sus dientes: _____

Dirección: _____ N. Tel.#: _____

Por favor marque si ha tenido problemas con alguno de los siguientes:

*Mal Aliento ___ *Rechina los Dientes ___ *Sensibilidad a lo: Caliente ___ Frio ___ Dulce ___ *Sangrado de las encías ___

*Empastes Quebrados ___ *Le Trueno la quijada ___ *Tratamiento Periodontal ___ *Sensibilidad al Morder ___

*Acumulacion de comida entre sus dientes ___ *Llagas en la boca ___ *Dientes Flojos ___

Con qué frecuencia usa el hilo dental? _____ Con qué frecuencia se cepilla los dientes? _____

En el pasado, su doctor o dentista le ha recomendado antibióticos antes de su visita dental? ___ Si ___ No

HISTORIAL MÉDICO:

Nombre de Doctor: _____ Fecha de última visita: _____

-Has tomado algún medicamento de el grupo de drogas conocidas como "fen-phen"? Incluyendo combinaciones de Ionimin, Adipex, Fastin (y otros derivados de fentermina). Pondimin (fenfluramina) and Redux (dexfenfluramina). ___ Si ___ No Has tomado Fosamax o Actonel? ___ Si ___ No

-Has tenido una operación o enfermedad seria? ___ Si ___ No - Si?, explique: _____

-Has tenido una transfusión sanguínea? ___ Si ___ No - Si?, fecha: _____

*Solo Mujeres: *Embarazada? ___ Si ___ No *Amamantando? ___ Si ___ No *Toma anticonceptivos? ___ Sí ___ No

Es alérgico(a) a alguno de los siguientes? (✓ Marque Si o No)

S	N	S	N
___	___ Anestético	___	___ Yodo
___	___ Aspirina	___	___ Latex
___	___ Codeína	___	___ Penicilina
___	___ Ibuprofen	___	___ Sulfa
___	___ Algo no mencionado, Si? Favor de explicar: _____		

Tiene alguna de las siguientes condiciones médicas? (✓ Marque Si o No)

S	N	S	N
___	___ Asma	___	___ Enfermedad Renal
___	___ Problemas de Sangrado	___	___ Enfermedad Hepática
___	___ Cancer	___	___ Embarazo
___	___ Diabetes	___	___ Tratamiento Psiquiátrico
___	___ Soplo Cardíaco	___	___ Problemas Sinusales
___	___ Problemas Cardíacos	___	___ Infarto Cardíaco
___	___ Alta Presión	___	___ Úlceras
___	___ Reemplazo Articular	___	___ Fiebre Reumática
___	___ Tuberculosis	___	___ Exposición a Persona con Tuberculosis Activa
___	___ Algo no mencionado, Si? Favor de explicar: _____		

Usa tobacco? ___ Si ___ No - Si? Cuanto? _____

Está tomando medicamento? ___ Si ___ No - Si? Cuáles: _____

***Firma del Paciente, Padre, Guardián Legal Relación al Paciente Fecha

YO TESTIFICO QUE TODA LA INFORMACIÓN QUE LLENE ARRIBA ESTÁ CORRECTA A LO MEJOR DE MI CONOCIMIENTO Y ES MI RESPONSABILIDAD DE INFORMAR A EL DOCTOR DE CUALQUIER CAMBIO DE INFORMACIÓN O SALUD.