

Registracion del Paciente

Paciente

Primer Nombre: _____ Apellido: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Seguro Social _____

Lic. De Conducir _____

Sexo: Masculino o Femenino

Direccion: _____

Ciudad, Estado,Codigo Postal: _____

Telefono de la casa: _____ Celular: _____

Correro Electronico _____

El Partido Responsable

Primer Nombre: _____ Apellido: _____

Relacion al Paciente: esposo hijo otro

Fecha de Nacimiento: _____ Seguro Social _____

Lic. De Conducir _____

Sexo: Masculino o Femenino

Direccion: _____

Ciudad, Estado, Codigo Postal: _____

Telefono de la casa: _____ Celular: _____

Correro Electronico _____

HISTORIA MEDICA

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

Aunque el personal dental principalmente trata el área y alrededor de su boca, su boca es una parte de su cuerpo. Los problemas de salud que pueda tener, o medicamentos que esté tomando, podrían tener una importante relación con la odontología que usted recibirá. Gracias por contestar las siguientes preguntas.

- ¿Está usted bajo el cuidado de un médico ahora? Sí No En caso afirmativo, sírvase explicar: _____
- ¿Alguna vez ha sido hospitalizado o tenido una operación mayor? Sí No En caso afirmativo, sírvase explicar: _____
- ¿Ha tenido alguna vez una lesión grave en la cabeza o en el cuello? Sí No En caso afirmativo, sírvase explicar: _____
- ¿Está usted tomando algún medicamento, pastillas, o drogas? Sí No En caso afirmativo, sírvase explicar: _____
- ¿Toma o ha tomado, Phen-Fen o Redux? Sí No _____
- ¿Alguna vez a tomado Fosamax, Boniva, Actonel, o cualquier otro medicamento que contenga bifosfonatos? Sí No _____
- ¿Esta usted en una dieta especial? Sí No _____
- ¿Usa tabaco? Sí No _____
- ¿Usted usa sustancias controladas? Sí No _____

Mujeres: ¿Está usted Embarazada o tratando de quedar embarazada? Sí No Toma anticonceptivos orales? Sí No Esta amamantando? Sí No

Es usted alérgico a cualquiera de los siguiente?

- Aspirina Penicilina Codeína Acrílico Metálico Látex Anestésicos locales Sulfamida
- Otros En caso afirmativo, sírvase explicar: _____

¿Tiene, o ha tenido, cualquiera de los siguientes?

- | | | | | | | | |
|--------------------------------|---|-----------------------------------|---|--|---|-----------------------------------|---|
| SIDA / HIV Positivo | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Cortisona | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Hemofilia | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Tratamiento con radiación | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Enfermedad de Alzheimer's | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Diabetes | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Hepatitis A | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Pérdida de peso reciente | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Anafilaxia | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Drogadicción | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Hepatitis B o C | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Diláisis renal | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Anemia | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Fácilmente pierde el aliento | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Herpes | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Fiebre reumática | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Angina | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Enfisema | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Presión arterial alta | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Reumatismo | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Artritis/Gota | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Epilepsia o convulsiones | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Colesterol Alto | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Escarlatina | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Válvula del corazón artificial | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Sangrado excesivo | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Ronchas o erupción cutánea | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Herpes | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Articulación artificial | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Sed excesiva | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Hipoglucemia | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Enfermedad de células foliculares | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Asma | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Desmayos / vértigo | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Latido irregular del corazón | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Problemas del seno nasal | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Enfermedad arterial | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Tos frecuente | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Problemas de los riñones | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Espina Bífida | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Transfusión de sangre | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Diarrea frecuente | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Leucemia | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Enfermedad estomacal/intestinal | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Problemas respiratorio | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Dolores de cabeza frecuente | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Enfermedades del Hígado | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Ataque fulminante | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Cáncer | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Glaucomas | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Presión arterial baja | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Hinchazón de las extremidades | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Moretonescon facilidad | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Herpes Genital | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Enfermedad pulmonar | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Enfermedad de la Tiroides | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Quimioterapia | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Fiebre del heno | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Prolapso de la válvula mitral | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Amigdalitis | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Dolores en el pecho | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Ataque/Falla del corazón | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Osteoporosis | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Tuberculosis | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Herpes labial/Fiebre Ampollas | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Soplo cardíaco | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Dolor en la articulación de la quijada | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Tumores o crecimientos | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Cardiopatía congénita | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Marcapasos en el Corazón | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Enfermedad paratiroidea | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Úlceras | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Convulsiones | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Problemas: Enfermedad del corazón | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Atención Psiquiátrica | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Enfermedad venérea | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| | | | | | | La ictericia amarilla | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |

¿Ha tenido alguna enfermedad grave que no figura en la lista de arriba? Sí No En caso afirmativo, sírvase explicar: _____

Comentarios: _____

En lo mejor de mi conocimiento, las preguntas de este cuestionario se han contestado correctamente. Entiendo que el proporcionar información incorrecta puede ser peligroso para mi salud (o del paciente). Es mi responsabilidad informar a la oficina dental de cualquier cambio en el estado médico.

Firma del paciente, padre o tutor: _____ Fecha: _____

Nueva Cuestionario del Paciente

por favor revise todos los procedimientos a continuación que le interesa?

- Comprueben, limpieza, radiografías
 - Las dentaduras o parciales
 - El blanqueamiento dental
 - carillas porcelaine
 - los implantes dentales
 - odontología de la sedación
 - Otro
- segunda opinión
 - consulta cosmética
 - empastes del color l diente
 - coronas
 - La reconstrucción de toda la boca / Rehabilitación
 - guardia de noche

qué tan pronto estás planeando comenzar el tratamiento ?

- Estoy listo para comenzar
- dentro de 1-3 meses
- dentro de 3-6 meses
- Después de 6 meses

¿qué estás preocupado ?

¿alguna vez has tenido una experiencia mala o negativa en el consultorio dental ? Si es así , por favor compartir.

Por favor circule cómo se enteró de nosotros?

Directorio telefónico Sitio web

Facebook Almacenar signo delante Ahora la revista

Campo de golf anuncio Papel periódico Cartelera

Festival Amigo / familiar _____

Las preferencias del paciente respecto a la comunicación de la PHI

Approved HIPAA Contacts

NO revelar o discutir cualquier información relacionada con mi cuenta de facturación o condiciones médicas con nadie aparte de mí, excepto en una situación de emergencia.

Por favor escriba debajo de cualquier persona (s) Ferris Family Dentistry puede ponerse en contacto con e indique (marcando la casilla) si puede discutir cualquier información relacionada con su cuenta de facturación y / o condiciones médicas. Además, elegir a la persona que que nos listar como su contacto de emergencia en el incluso una situación de emergencia iba a tener lugar en nuestra oficina.

Nombre _____	Relacion _____	Numero de telefono _____
<input type="checkbox"/> La información de facturación de la cuenta.	<input type="checkbox"/> Info condición médica	<input type="checkbox"/> Contacto de emergencia

Nombre _____	Relacion _____	Numero de Telefono _____
<input type="checkbox"/> La informacion de fracturacion de la cuenta	<input type="checkbox"/> Info condicion medica	<input type="checkbox"/> Numero de telefono

Solicito que la comunicación con respecto a mis condiciones médicas que ocurren solamente cuando estoy en la oficina. Por favor solo imprimir y darme información cuando estoy en la clínica. Yo NO quiero ser notificado por cualquier otro método de comunicación con respecto a mis condiciones médicas.

Mi método preferido de comunicación con respecto a mis condiciones médicas se indica a continuación (marque 2 mejores métodos).

Inicio del teléfono celular Teléfono de trabajo Phone _____
Padres carta enviada por correo / Tutor Tel _____
Email _____ Otro _____

Si el método anterior de la comunicación es por teléfono, por favor marque la casilla correspondiente a continuación:

Aceptar para dejar un mensaje con información detallada.

Por favor, deje un mensaje con un número para contestar solamente.

Tenga en cuenta que usted es responsable de todos los cargos incurridos en recibir nuestras comunicaciones. Por ejemplo, si usted proporciona un número de teléfono móvil como método de contacto, entonces usted es responsable de los cargos por parte de su operador de telefonía móvil para la recepción de llamadas de la oficina dental.

Se ruega a nuestra oficina saber si usted tiene cualesquiera instrucciones especiales o peticiones en relación con nuestra comunicación con usted. Por ejemplo, por favor, háganos saber si usted nos quiere llamar que en un número de teléfono diferente para un resultado particular.

La duración de la autorización es indefinida menos que sea revocada por escrito lo contrario. Entiendo que las solicitudes de información médica de personas que no figuran en este formulario se requieren mi autorización específica antes de la divulgación de cualquier información médica.

Nombre de paciente _____

Fecha _____

Firma del paciente, padre o tutor legal _____

Relación con el Paciente _____