

REGISTRACION DEL PACIENTE

ID: _____

Chart ID: _____

Nombre: _____ Apellido: _____ Segundo Nombre: _____

Pacientes: Asegurado (bajo su nombre) Preferido Nombre: _____
 Grupo responsable (bajo el nombre de alguien más)

Nombre: _____		Apellido: _____		Inicial del segundo Nombre: _____	
Dirección: _____		Dirección 2: _____			
Ciudad, estado, código postal: _____		Pager: _____			
Teléfono/casa: _____		Teléfono/trabajo: _____		Ext: _____ Celular: _____	
Fecha de nacimiento: _____		Seguro Social: _____		Licencia manejo: _____	
<input type="radio"/> Es otro seguro para el paciente		<input type="radio"/> Primer seguro del asegurado		<input type="radio"/> Segundo seguro del asegurado	

Información del Paciente

Dirección: _____		Dirección 2: _____			
Ciudad: _____		Estado/código postal: _____		Pager: _____	
Teléfono/casa: _____		Teléfono/trabajo: _____		Ext: _____ Celular: _____	
Sexo <input type="radio"/> Hombre <input type="radio"/> Mujer		Status marital: <input type="radio"/> Casado <input type="radio"/> Soltero <input type="radio"/> Divorciado <input type="radio"/> Separado <input type="radio"/> Viudo/viuda			
Fecha de nacimiento: _____		Edad: _____		Seguro Social: _____ Licencia manejo: _____	
E-mail: _____		<input type="checkbox"/> Me gustaría recibir correspondencias por e-mail.			
Sección 2 _____		Sección 3 _____			
Empleado: <input type="radio"/> Tiempo completo <input type="radio"/> Medio tiempo <input type="radio"/> Retirado		Comentarios adicionales:			
Estudiante: <input type="radio"/> Tiempo completo <input type="radio"/> Medio tiempo					
Medical ID: _____		Preferencia/ Dentista: _____			
Empleado ID: _____		Preferencia/Farmacia: _____			
Carrier ID: _____		Preferencia/Higienista _____			

Información sobre el primer seguro

Nombre del asegurado: _____		Relación con el asegurado: <input type="radio"/> Yo <input type="radio"/> Esposo/esposa <input type="radio"/> Hijo <input type="radio"/> Otro	
Asegurado Seguro Social: _____		Asegurado Fecha de nacimiento: _____	
Empleo: _____		Compañía de seguros: _____	
Dirección: _____		Dirección: _____	
Dirección 2: _____		Dirección 2: _____	
Ciudad, estado, código postal: _____		Ciudad, estado, código postal: _____	
Rem. Beneficios: _____ .00		Rem. Deducible: _____ .00	

Más preguntas en el otro lado de la página

HISTORIA MÉDICA

Para _____

Fecha de nacimiento: _____

Aunque el personal dental trata primordialmente el área dentro y alrededor de la boca, su boca es una parte de su cuerpo. Problemas de salud que quizá usted tenga, o medicamentos que este usted tomando, pueden tener una importante relación con el trabajo dental que usted recibirá. Gracias por responder las siguientes preguntas.

- ¿Esta usted bajo el cuidado de un médico? Sí No Si contesta sí, por favor explique: _____
- ¿Ha estado hospitalizado o tuvo una operación mayor? Sí No Si contesta sí, por favor explique: _____
- ¿Ha tenido una lesión seria en la cabeza o cuello? Sí No Si contesta sí, por favor explique: _____
- ¿Esta usted tomando algún medicamento píldoras o drogas? Sí No Si contesta sí, por favor explique: _____
- ¿Usted toma, o ha tomado, Phen-Fen o Redoz? Sí No _____
- ¿Alguna vez ha tomado Fosamax, Boniva, Actonel o cualquier otro, medicamento que contenga bifosfonatos? Sí No _____
- ¿Esta haciendo alguna dieta especial? Sí No _____
- ¿Usted fuma? Sí No _____
- ¿Usa usted, sustancias controladas? Sí No _____

Para Mujeres: Esta usted _____

- ¿Embarazada o tratando de embarazarse? Sí No ¿Toma pastillas anticonceptivas? Sí No ¿Está dando pecho? Sí No

¿Es usted alérgico a cualquiera de lo siguiente? _____

- Aspirina Penicilina Codeína Acrílico Metal Latex Anestesia local

Otro Si contesta sí, por favor explique: _____

¿Es usted alérgico a cualquiera de lo siguiente? _____

VIH/Sida	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Cortisona/medicina	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Hemofilia	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Diálisis Renal	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Alzheimer	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Diabetes	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Hepatitis A	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Fiebre reumática	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Anaphylaxis	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Adicción a las drogas	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Hepatitis B o C	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Reumatismo	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Anemia	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Falta de aliento fácilmente	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Herpes	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Escarlatina	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Angina de pecho	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Enfisema	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Presión alta	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Ripias	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Artritis/Gota	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Epilepsia	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Colesterol alto	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Hoz célula enfermedad	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Válvulas en el Corazón	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Sangrado excesivo	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Urticaria	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Sinusitis	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Placa artificial	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Sed excesiva	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Hypoglycemia	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Spina bifida	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Asma	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Desmayos	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Latido irregular	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Enfermedades intestinales	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Enfermedad en la sangre	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Tos frecuente	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Problemas del riñón	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Del estómago	
Transfusión de Sangre	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Diarrea frecuente	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Leucemia	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Embolia	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Problemas respiratorios	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Dolor de cabeza	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Enfermedad del hígado	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Brazos/piernas hinchadas	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Se le hacen moretones con facilidad	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Herpes genital	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Baja Presión	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Tiroides	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Cáncer	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Glaucoma	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Enfermedad de los pulmones	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Anginas	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Quimioterapia	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Fiebre del heno	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Prolapso de la válvula mitral	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Tuberculosis	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Aftas en la boca	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Soplo del corazón	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Osteoporosis	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Crecimientos o tumores	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Dolores de pecho	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Ataque al corazón	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Dolor en la quijada	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Enfermedades venéreas	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Enfermedad del Corazón congénita	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Marcapaso corazón	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Cuidado psiquiátrico	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Úlceras	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Convulsiones	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Problemas de corazón	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Enfermedad paratiroides	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Piel amarilla	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
				Tratamientos de radiación	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No		
				Reciente pérdida de peso	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No		

¿Ha tenido una enfermedad grave que no está en la lista de arriba? Sí No Si contesta sí, explique por favor _____

Yo autorizo al dentista que proceda a hacer el tratamiento que sea necesario, para mi apropiado cuidado dental.

Yo autorizo a que se de cualquier información acerca del cuidado de la salud mía o de mis hijos así como el tratamiento necesario con el propósito de que el seguro evalúe y administre los papeles para mis beneficios.

Yo autorizo que se de cualquier información concerniente acerca de mí o mis hijos sobre el cuidado de nuestra salud, recomendaciones y tratamientos a otro dentista.

También yo autorizo que el seguro pague directamente al dentista o grupo dental, o de otro modo pagadero a mí.

Yo entiendo que mi seguro dental quizás pague menos que la actual.

Yo entiendo y sé que yo soy responsable de que todas las cuentas se paguen completamente. Firmando este acuerdo, yo cancelo todos los demás documentos que digan lo contrario, y seré responsable por el pago completo o en parte de los servicios que no sean pagados por mi trabajo dental.

Hasta donde yo sé, las preguntas en esta forma han sido contestadas correctamente. Yo entiendo que dando información incorrecta puede ser peligroso para la salud mía (o del paciente). Es mi responsabilidad de informar a la oficina dental de cualquier cambio en la salud.

FIRMA DEL PACIENTE, PADRE, O GUARDIAN _____

FECHA _____

WEST CHICAGO DENTAL CARE

Usted Puede Negar se a Firmar Este Reconocimiento

Yo he recibido y leído el Aviso de las Practicas de Privacidad de este consultorio para mí o mi hijo (os) Yo entiendo que al pedir duplicado de los expedients(notas clinicas, resúmenes de tratamiento o radiografías) deberán ser solicitado(s) por escrito. Y entiendo que hay un costo por este servicio.

Doy permiso a West Chicago Dental Care a que el tratamiento sea discutido con:
_____ Esposo (a) Otros _____

Weave es el servicio que usamos para confirmar su cita dental, este servicio manda textos y correo electronico a su telefono para confirmar su proxima cita .

Este servicio manda los mensajes en los siguientes intervalos:
2 semanas antes, 1 semanaand y un dia antes de la cita.

Le gustaria recibir los mensajes de recordatorio de su cita dental via texto?: Si NO

Numero de Celular #: _____

o Correo Electronico? : Si No

Direccion de su correo electronico: _____@_____

Cuando Llamemos a confirmar su cita podemos dejar un mensaje con su mensaje de voz ? Si No

Apunte nombres de pacientes que desea recibir notificaciones:

- | | |
|----------|----------|
| 1. _____ | 4. _____ |
| 2. _____ | 5. _____ |
| 3. _____ | 6. _____ |

NOTE: Si por alguna razon tiene que cancelar su cita necesitamos saber 24 horas antes. Nuestra ultima notificacion es 24 horas antes esa notification es la ultima confirmacion. Si no lo hace su cita sera cancelada. Si falla en su cita se le cobrara \$25 en su cuenta.

Por favor firme :

Firma del Paciente o
Padres(si el paciente es menor de 18 anos)

Fecha

FOR OFFICE USE ONLY

We attempted to obtain written acknowledgment of receipt of our Notice of Privacy Practice, but acknowledgment could not be obtained because:

- Individual refuse to sign
- Communications barriers prohibited obtaining the acknowledgment
- An emergency situation prevented us from obtaining acknowledgment
- Other (Please Specify)