

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"/> Divorclado <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

Salud Infantil/Formulario para la Historia Dental



American Dental Association
www.ada.org

Nombre del Paciente <small>ULTIMA LINEA</small> <small>PRIMERA LINEA</small>		Apellido	Fecha de Nacimiento
Nombre del Padre/Madre/Encargado		Parentesco/Relación con el Paciente	
Dirección			
<small>DIRECCIÓN POSTAL</small>		<small>CUIDAD</small>	<small>ESTADO</small> <small>CÓDIGO POSTAL</small>
Teléfono <small>CASA</small> <small>TRABAJO</small>		Sexo M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	
¿Ha tenido usted (padre/ madre/ encargado) o el paciente alguna de estas enfermedades o problemas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No 1. Tuberculosis activa, 2. Tos persistente que ha durado más de tres semanas, 3. Tos que produce sangre? Si su respuesta es Sí a cualquiera de estos tres problemas, deténgase por favor y devuelva este formulario a la recepcionista.			
Ha tenido el niño un historial médico, o condiciones relacionadas con lo que sigue? <input type="checkbox"/> Anemia <input type="checkbox"/> Cáncer <input type="checkbox"/> Dismayores <input type="checkbox"/> Inmunizaciones (Vacunas) <input type="checkbox"/> Embarazo (adolescencia) <input type="checkbox"/> Tuberculosis <input type="checkbox"/> Artritis <input type="checkbox"/> Parálisis Cerebral <input type="checkbox"/> Alteraciones del crecimiento <input type="checkbox"/> Riñones <input type="checkbox"/> Fiebre reumática <input type="checkbox"/> Enfermedades venéreas <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Varicela <input type="checkbox"/> Alergia al látex <input type="checkbox"/> Hígado <input type="checkbox"/> Ataques epilépticos <input type="checkbox"/> Otras _____ <input type="checkbox"/> Vejiga <input type="checkbox"/> Sinusitis Crónica <input type="checkbox"/> Oído <input type="checkbox"/> Sarampión <input type="checkbox"/> Anemia drepanocítica (drepanocitosis) <input type="checkbox"/> Alteraciones Hemorrágicas <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Hepatitis <input type="checkbox"/> Mononucleosis <input type="checkbox"/> Tiroidea <input type="checkbox"/> Huesos/Articulaciones <input type="checkbox"/> Epilepsia <input type="checkbox"/> VIH +/-SIDA <input type="checkbox"/> Paperas (parotiditis) <input type="checkbox"/> Uso de tabaco/ drogas			
Por favor anote el nombre y el número de teléfono del médico del niño: Nombre del Médico _____ Teléfono _____			

Historia del Niño

	Sí	No
1. ¿Está el niño tomando algún remedio recetado y/o no recetado o suplementos vitamínicos en este momento? Si es así, por favor haga una lista: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Es el niño alérgico a algunos remedios, i.e. penicilina, antibióticos o a otros fármacos? Si es así, explique por favor: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Es el niño alérgico a alguna otra cosa, como ciertos alimentos? Si es así, explique por favor: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Cómo describiría los hábitos alimentarios del niño? _____		
5. ¿Ha tenido el niño una enfermedad grave alguna vez? Si es así, ¿cuándo? _____ Describala por favor: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ¿Ha sido el niño hospitalizado alguna vez? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ¿Tiene el niño un historial clínico por alguna otra enfermedad? Si es así, haga una lista por favor: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ¿Ha recibido el niño alguna vez un anestésico general? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. ¿Tiene el niño alguna condición hereditaria? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. ¿Tiene el niño algún defecto del habla? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. ¿Ha tenido el niño alguna vez una transfusión sanguínea? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. ¿Tiene el niño alguna minusvalía física, mental o emocional? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. ¿Sufre el niño un sangramiento excesivo cuando se corta? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. ¿Está el niño recibiendo tratamiento por alguna enfermedad actualmente? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. ¿Es esta la primera visita al dentista del niño? Si no es así, ¿cuál fue la fecha de su última visita al dentista? Fecha: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. ¿Ha tenido el niño algún problema con un tratamiento dental en el pasado? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. ¿Le han tomado al niño una radiografía (rayos X) alguna vez? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. ¿Ha sufrido el niño alguna vez lesiones en la boca, en la cabeza o en los dientes? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. ¿Ha tenido el niño algún problema con la erupción o con el recambio de dientes? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. ¿Ha tenido el niño algún tratamiento de ortodoncia? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. ¿Qué tipo de agua bebe su niño? <input type="checkbox"/> Agua doméstica <input type="checkbox"/> Agua de pozo <input type="checkbox"/> Agua embotellada <input type="checkbox"/> Agua filtrada		
22. ¿Toma el niño suplementos fluorados? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. ¿Usa dentífricos fluorados? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. ¿Cuántas veces al día se cepillan los dientes del niño? _____ ¿A qué horas se cepillan los dientes del niño? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. ¿Se chupa el niño/a su dedo pulgar, otros dedos o un chupete? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. ¿A qué edad dejó el niño de usar el biberón? Edad _____ ¿La lactancia materna? Edad _____		
27. ¿Participa el niño en actividades recreativas enérgicas? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

NOTA: Se encargó tanto al doctor como al paciente que discutan detalladamente todos los aspectos relevantes de la salud del paciente antes de empezar el tratamiento. Certifico que he leído y comprendido lo que aparece más arriba. Reconozco que todas mis dudas sobre las preguntas de este formulario han sido respondidas satisfactoriamente. Yo no responsabilizaré a mi dentista ni a ningún otro miembro de su personal por las medidas que puedan tomar debido a los errores o a las omisiones que yo haya podido cometer al completar este formulario.

Firma del Paciente/ Apoderado _____ Fecha _____

A ser completado por el odontólogo/a

Comentarios _____

Sólo Para Uso de la Oficina: Akria Médica Farmacología Alergias Anestesia Revisado por _____

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 mi 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 semana and 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)