

MP DENTAL ASSOCIATES

INFORMACION DEL PACIENTE (en letra de molde)

Fecha _____

Nombre del Paciente _____

Estado Civil: Soltero Casado Divorciado Viudo

Fecha de Nacimiento _____ Edad _____ Sexo **M** **F** Seguro Social # _____

Dirección su Residencia _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Nombre del Padre/Guardián _____ Fecha de Nacimiento: _____

Teléfono # _____ Celular # _____

Correo Electrónico _____

¿Cómo se enteró de nosotros _____

Motivo de la visita de hoy? *circule lo adecuado* (Sangrado de encías) (Rechinar los dientes) (Dolor de mandibular) (Dientes flojos o empastes) (Sensibilidad) (Sequedad en la boca) (Mal Aliento) (Apariencia) (Otros dolores) (limpieza y chequeo general)

En Caso de Emergencia Comunicarse

Nombre _____ Relación _____

Teléfono de Hogar _____ Celular # _____

Información Sobre Su Seguro

Compañía de Seguro _____ Teléfono # _____

ID # _____ Grupo # _____

Nombre del suscriptor (si es diferente al del paciente) _____

Fecha de nacimiento _____ Seguro Social # _____ Relación _____

Empleador _____ Teléfono # _____

Asignación y liberación

Certifico que yo y/o mi(s) persona(s) a cargo contamos con cobertura de seguro Y cedemos directamente a MP Dental todos los beneficios del seguro por los servicios prestados. Comprendo que soy responsable desde el punto de vista financiero por todos los cargos, sean o no pagados por el seguro. Autorizo el uso de mi firma en todos los documentos del seguro.

MP Dental puede utilizar mi información sobre atención de salud y puede divulgar dicha información a la(s) compañía(s) de seguro arriba mencionadas y sus agentes con el fin de obtener el pago de los servicios y determinar los beneficios del seguro por servicios relacionados. Este consentimiento se terminara cuando se complete mi plan de tratamiento actual o un año después de la fecha de suscripción a continuación.

Firma del paciente, padre, tutor o Representante Personal

Favor de escribir en molde el nombre del paciente, padre, tutor o Representante Personal

Fecha

Relación con el Paciente

MP DENTAL ASSOCIATES

INFORMACION DEL PACIENTE (en letra de molde)

Nombre del Paciente: _____

Por favor, marque "sí o no" para indicar si a tenido:

SIDA / VIH (AIDS / HIV)	Sí No	Epilepsia	Sí No	Enfermedad respiratoria	Sí No
Anemia	Sí No	Desmayos o mareos (dizzy)	Sí No	Fiebre reumática (rheum.)	Sí No
Artritis	Sí No	Glaucoma	Sí No	Fiebre escarlata (scarlet)	Sí No
Válvulas cardíacas artificiales (valves)	Sí No	Dolores de cabeza (hdache)	Sí No	Dificultad para respirar	Sí No
Articulaciones artificiales (joints)	Sí No	Soplo cardíaco (murmur)	Sí No	Sinusitis	Sí No
Asma (asthma)	Sí No	Problemas cardíacos	Sí No	Erupción cutánea (rash)	Sí No
Problemas lumbares (back problems)	Sí No	Hepatitis tipo ____	Sí No	Dieta Especial	Sí No
Sangrado anormal (bleeding)	Sí No	Herpes	Sí No	Hinchazón de pies o tobillos (swelling)	Sí No
Enfermedad sanguínea (disease)	Sí No	Presión sanguínea alta (HBP)	Sí No	Hinchazón de glándulas (glands)	Sí No
Cáncer	Sí No	Enfermedad hepática (liver)	Sí No	Problemas de tiroides	Sí No
Dependencia de fármacos (addiction)	Sí No	Dolor mandíbula (jaw pain)	Sí No	Amigdalitis (tonsillitis)	Sí No
Quimioterapia (chemotherapy)	Sí No	Enfermedad renal (kidney)	Sí No	Tuberculosis	Sí No
Problemas circulatorios	Sí No	Presión sanguínea baja (LBP)	Sí No	Tumor o quiste en cabeza o cuello	Sí No
Lesión cardíacas congénitas (lesions)	Sí No	Válvulas de evacuación	Sí No	Úlcera	Sí No
Tratamientos con cortisona	Sí No	Problemas nervioso	Sí No	Enfermedades venérea	Sí No
Tos, persistente o con sangre (cough)	Sí No	Marcapasos (pacemaker)	Sí No	Pérdida de peso, inexplicada (weight)	Sí No
Diabetes	Sí No	Asistencia psiquiátrica	Sí No		
Enfisema (emphysema)	Sí No	Tratamiento de radiación	Sí No		
ADD/ADHD	Sí No	Otros no (que se enumeran) _____			

¿Usa lentes de contacto Sí No

¿Usa fuma o mástico tabaco Sí No

Sirugias _____

Tienen articulaciones artificiales o clavos? Sí No

¿Está embarazada? Sí No

Nombre del doctor y número de teléfono _____

¿Toma píldoras anticonceptivas Sí No

¿Con que frecuencia _____

Fecha: _____

Sí No

Fecha del parto _____ ¿Está usted amamantando Sí No

MEDICAMENTOS

Enumere los medicamentos que está tomando
Actualmente y el diagnostico correspondiente

ALERGIAS

Circule o Mencione

Aspirina Látex
Barbitúricos (píldoras para dormir)
Codeína Anestesia local
Iodina Penicilina
Otros _____

Firma del paciente _____

Fecha _____

PADRE O TUTOR (SI EL PACIENTE ES MENOR DE EDAD)

RELACIÓN CON EL PACIENTE
