



REGISTRO DE PACIENTES ADULTOS

EL DÍA DE HOY:

Nombre completo: _____ Apodo _____ DL #: _____
Masculino / Femenino (Círculo) Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____ SS #: _____
Estado civil: _____ Soltero _____ Casado _____ Viudo _____ Divorciado _____ Separado
Domicilio: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
Hogar #: _____ Celda #: _____ Trabajo #: _____ Otro #: _____
Empleador: _____ Ocupación: _____ ¿Hasta cuánto tiempo? _____
Dirección del empleador: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
¿Cuándo y dónde están los mejores momentos para comunicarse con _____

¿Cuál es la mejor manera de contactarlo con respecto a las citas? _____ E-mail _____ Teléfono _____

Dirección (s) de correo electrónico: _____

¿A quién podemos agradecer por su referencia? _____ Directorio telefónico _____ Seguro Co _____ Dentista _____ Amigo _____
Sitio web _____ Si Internet, ¿qué hizo Google? _____ Otro _____

Nombre del cónyuge / pariente más cercano _____ Relación con usted (si no es cónyuge) _____

Domicilio: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Hogar #: _____ Celda #: _____ Trabajo #: _____ Otro #: _____

Persona (s) financieramente responsable de Acct:

Nombre (s): _____ Relación con el paciente: _____

Dirección de Envío: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____ SS #: _____ DL #: _____

E-Mail: _____ Inicio #: _____ Célula / Otro #: _____

Empleador: _____ Trabajo #: _____ Ext: _____

Información del seguro: Primaria: Secundaria:

Ins. Nombre de la empresa: _____

Teléfono: _____

Ins. Co. Dirección: _____

Nombre del Asegurado: _____

Relación con el paciente: _____

Cumpleaños del Asegurado y SS # _____

Empleador del Asegurado: _____

Fecha de vigencia: _____

Contrato # / Grupo # _____

Máximo de por vida: _____ Por pagar @%: _____ Por pagar @%: _____

Límite de Edad / Período de Espera _____

HISTORIA DENTAL:

Nombre del dentista _____ Última visita _____ ¿Para qué servicio? _____

Su salud dental actual es _____ Buena _____ Fair _____ Poor

Ahora o en el pasado han tenido:

Se quitan dientes permanentes o "extra"? S / N ¿Bebé o dientes permanentes lesionados o lesionados? Y / N

¿Extra o falta de dientes congénitos? S / N Dientes sensibles al calor o al frío; Los dientes palpitan o duelen? Y / N

¿Sangrando las encías, el mal gusto o los problemas del olor de la boca? S / N ¿Tuvo alguna vez tratamiento con conducto peridontal? Y / N

Úlceras frecuentes de cáncer o herpes labial? S / N ¿Dientes que irritan la mejilla, los labios, la lengua o el paladar? Y / N

Problemas de afilado de dientes o de apretamiento de la mandíbula? S / N ¿Ha sido tratado alguna vez por problemas de TMD o TMJ? Y / N

¿Hábito de respiración bucal, ronquido o dificultad respiratoria? S / N Hábito de deglución anormal (empuje de la lengua)? Y / N

Impactación de alimentos entre los dientes? S / N ¿Dedo, pulgar u otro hábito de succión? Y / N

Historia de los problemas del habla? S / N ¿Algún problema serio con el trabajo dental anterior? Y / N

¿Está consciente o preocupado por una mandíbula bajo o sobre-desarrollada? S / N Cualquier pariente con relaciones similares mandíbula? Y / N

¿Alguna fracturas de la mandíbula u otras lesiones en la boca o en la cara? ¿Alguna vez ha tenido un examen o tratamiento ortodóncico

N

¿Cuáles son las principales preocupaciones que le gustaría que la ortodoncia lograra?**HISTORIAL MÉDICO:**

Su salud física actual es ____ Bien ____ Fair ____ Poor

¿Está actualmente bajo el cuidado de un médico? S / N Por favor explique

Nombre del Médico: _____ Teléfono: _____ Fecha de la última visita:

¿Está tomando algún medicamento con y sin receta? Si es así, escríbalos:

Medicación: _____ Tomado para: _____

Medicación: _____ Tomado para: _____

Medicación: _____ Tomado para: _____

¿Alergias o reacciones a cualquiera de los siguientes?

Ibuprofeno (Advil, Motrin), aspirina, acetaminofén (Tylenol), por favor especifique _____

Penicilina, eritromicina, tetraciclina, anestésicos dentales, por favor especifique _____

Plásticos, acrílicos, vinilos, metales, por favor especifique _____

Otros (especificar _____)

Ahora o en el pasado, ¿ha tenido: (marque con un círculo)

¿Abuso de drogas / alcohol / masticar o fumar tabaco? S / N Problemas psiquiátricos / conductuales? Y / N

Fracturas óseas o cualquier accidente grave? S / N Articulaciones / placas / huesos artificiales? Y / N

¿Hayfebre, asma, problemas de sinusitis o urticaria? S / N Condiciones de oído, nariz o garganta? Y / N

¿Enfermedad de la tiroides / adenoide / amígdala? S / N ¿Defectos congénitos o problemas hereditarios? Y / N

¿Problemas de visión, audición, degustación o habla? S / N Historia del trastorno alimentario (anorexia, bulimia)? Y / N

Sangrado anormal (hemofilia) o tendencia a moretones? S / N ¿Úlceras / colitis / anemia / neumáticos fácilmente? Y / N

Hepatitis, ictericia o problemas de hígado? S / N ¿Problemas renales? Y / N

Problemas endocrinos o tiroideos? S / N Diabetes? Y / N

¿Epilepsia, convulsiones, desmayos o problemas neurológicos? S / N Dolores de cabeza severos o frecuentes? Y / N

¿Enfermedades reumatóides o artríticas? S / N Polio, mononucleosis, TB o neumonía? Y / N

Trastornos de la piel ? ¿Y / N culebrilla? Y / N

¿Cáncer, tumor, radioterapia o quimioterapia? S / N ¿Problemas con el sistema inmunológico? Y / N

VIH positivo o SIDA? S / N ¿Transfusión de sangre? Y / N

Enfermedad venérea ? S / N ¿Ataque al corazón o apoplejía? Y / N

Dolor en el pecho, dificultad para respirar o hinchazón de los tobillos? S / N Presión arterial alta o baja? Y / N

¿Cirugía cardíaca / marcapasos / valor artificial? S / N Corazón Murmer / prolapso de la válvula mitral? Y / N

Estas embarazada ? S / N Fiebre reumática? Y / N

Operaciones / Hospitalizaciones? _____

¿Otros problemas o síntomas? _____

Reconocimiento: He leído y entiendo el formulario de inscripción anterior. No voy a tener a la Dra. Bertha Dieguez-Marino oa ningún miembro de su personal

Responsable de los errores u omisiones que he cometido al completar este formulario. Si hay algún cambio posterior en este registro de historia o estado médico / dental, informaré esta práctica. Además, he recibido una copia de la notificación de prácticas de privacidad de esta oficina.

Consentimiento para someterse a un tratamiento ortodóntico: Por la presente doy mi consentimiento a la realización de expedientes diagnósticos, incluyendo radiografías, antes, durante y después del tratamiento ortodóntico prescrito por el médico, así como al personal y al médico que proporcionen el tratamiento ortodóntico prescrito para el paciente anterior. Comprendo completamente todos los riesgos asociados con el tratamiento.

Asignación de beneficios: Por la presente doy permiso para facturar a mi compañía de seguros por los servicios prestados por Dieguez-Marino Orthodontics P.C., y estoy de acuerdo en ayudar en el procesamiento de todas las reclamaciones de beneficios. Por la presente autorizo el pago directo de beneficios a Dieguez-Marino Orthodontics P.C.

Responsabilidad Financiera: Por la presente acepto ser responsable de todos los cargos por los servicios prestados al paciente incluyendo cualquier cargo no cubierto. También estoy de acuerdo en que si la cuenta no pagada se refiere a una agencia de cobranza, para pagar todos los costos de las colecciones, incluyendo honorarios razonables de un tercio del saldo adeudado.

Signed by Patient (Agreement to Pay)

Fecha: