

Información del Paciente:

Nombre _____ Sexo: M o F Nombre Preferido _____
 Fecha de Nacimiento _____ Edad: _____ (Marital Status) Soltero(a) / Casado(a) / Divorciado(a) / Viudo(a) / Niño(a)
 Dirección: _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____
 Numero de teléfono _____ Numero de Trabajo: _____ Numero celular: _____
 Correo Electrónico (E-mail) _____

Información del paciente / tutor legal:

Persona responsable por el paciente (si es diferente de la persona arriba): _____
 Fecha de nacimiento: _____ SS#: _____ Teléfono: _____ Otro teléfono: _____

Información del paciente / seguro:

<p>NO TENGO SEGURO DENTAL Quisiera pagar en efectivo o con cheque al tiempo de servicio. Quisiera pagar con tarjeta de crédito al tiempo de servicio. Quisiera solicitar un plan para extender el pago.</p>	<p>TENGO SEGURO DENTAL Quisiera pagar la porción aproximada en efectivo o con cheque al tiempo de servicio. Quisiera pagar la porción aproximada con tarjeta de crédito al tiempo de servicio. Quisiera solicitar un plan para extender el pago.</p>
--	---

Información de un contacto en caso de emergencia:

El nombre del contacto en caso de emergencia: _____ Numero de teléfono: _____
 Doctor medical: _____ Número de teléfono _____ Fecha de última cita _____

Historia Medical:

¿Has tenido cualquier enfermedad o cirugía? Sí No ¿Sí? Describe lo _____
 ¿Has tenido una transfusión de sangre? Sí No ¿Sí? Por favor da la fecha aproximada _____
 ¿Actualmente tomas un anticoagulante? Sí No _____
 Mujeres: ¿Estás embarazada? Sí No ¿Amamantando? Sí No ¿Tomas pastillas anticonceptivas? Sí No

Por favor circula los que pertenece a ti:

SIDA	Hepatitis Tipo _____	
Artritis	Hipertensión	
Válvula Artificial de Corazón	VIH Positivo	
Articulación artificial	Dolor Mandibular	
Asma	Enfermedad de riñón / diálisis	
Ataques de Ansiedad / Pánico	Prolapso válvula mitral	
Problemas de la espalda	Osteoporosis	
Enfermedad de Sangre	Marcapasos	
Cáncer	Desfibrilador Implantado	
Sustancia química	Enfermedad Respiratorio	
Insuficiencia cardiaca congestiva (ICC)	Fiebre reumática	
Diabetes	Escarlatina	
Epilepsia / Ataque de apoplejía	Falta de aliento	
Desvanecimientos / Desmayos	Drepanocitosis / Rasgo	
Dolor de Cabeza	Apoplejía	
Soplo en el corazón	Amigdalitis	
Condición de corazón	Tuberculosis	
Trastorno de conducta	Enfermedad venérea	
Hemofilia	Problemas / Discapacidad de desarrollo	

Por favor circúlos con que tiene alergia o estás sensible a:

Amoxilina
 Anestesia
 Aspirina
 Codeína
 Látex
 Tylenol

Otros Alergias:

¿Comiste antes de la cita? Sí No

Alguna vez, has tomado la droga "Fen-Phen"? Sí No

Haz una lista de cualquier medicamento que tomas actualmente (por el momento): _____

Yo pido y autorizo Carolina Dental Associates a examinar, limpiar, y proveer el tratamiento dental necesario para mi / el paciente. Yo más pido y autorizo que saque radiografías / fotografías que estén considerados necesarios para casos diagnósticos o educacionales. Comprendo que esta oficina solamente usa relleno de resina y relleno amalgama (plata) no es disponible. Soy responsable para cualquier cobro para esta cuenta.

Firma: _____ Fecha: _____

Con Respecto a HIPAA... estamos requeridos por la ley federal y la ley del estado mantener la privacidad de su información de la salud. También estamos requeridos hacerse consciente de nuestras prácticas de privacidad. Por firmar abajo, reconoce que has recibido una copia de nuestras directivas de HIPAA. Gracias.

Firma: _____ Fecha: _____