

Patient Registration Form

Fecha de Cita: _____

Información del Paciente

Nombre		Segundo Nombre		Apellido	
Genéro	Estado Civil	Fecha de Nacimiento		# de Seguro Social	
Dirección			Ciudad	Estado	Código Postal
Teléfono Casa		Teléfono Celular		Dirección electrónica	
Quién le recomendó esta oficina?					

Información del Empleador

Empleador		Cargo		Teléfono Trabajo	
Dirección del trabajo			Ciudad	Estado	Código Postal

En Caso De Emergencia

Llamar a:	Teléfono Casa	Parentesco
-----------	---------------	------------

Facturación y Seguro

Información de su Seguro

Nombre de la Compañía		Plan			
# del grupo	Teléfono	Empleador del asegurado(a)			
Nombre del asegurado(a)		Parentesco	Teléfono		
Dirección del asegurado(a)		Ciudad	Estado	Código Postal	
# de Seguro Social del asegurado(a)	Fecha de nacimiento del asegurado(a)				

Seguro Dental Secundaria

Nombre de la Compañía		Plan			
# del grupo	Teléfono	Empleador del asegurado(a)		# de Seguro Social del asegurado(a)	
Nombre del asegurado(a)		Parentesco	Teléfono		

Parte Responsable

Nombre de facturación		Teléfono	Relación con el paciente		
Dirección del trabajo		Ciudad	Estado	Código Postal	

Firma _____

Fecha _____

Fecha de Cita: _____

Nombre _____ Género _____ Edad _____

Motivo de Visita

¿Qué trae a la oficina hoy?

Medicación Actual

¿está tomando anticoagulantes?

Sí No

¿Qué medicamentos están tomando actualmente?

Nombre _____ Dosis _____ Frecuencia _____

Nombre _____ Dosis _____ Frecuencia _____

Nombre _____ Dosis _____ Frecuencia _____

Historia Dental

¿Cuándo fue su último examen dental?

Fecha _____

¿Cuándo tomaron su última radiografía dental?

Fecha _____

¿Con qué frecuencia se cepilla? Con qué frecuencia hilo dental?

Veces al día _____ veces al día _____

¿Rechinar los dientes?

Sí No

¿Has tenido Apoyos?

Sí No

Antecedentes Medicos

¿Ha tenido alguna de las siguientes?

Alcoholismo Desorden de Sangria Alimenticio
 Alergia EnfermedadSang Epilepsia
 Anemia TransfusiónSangra Fiebre del heno
 Desorden de ansiedad Trastorno Intestinal EnfermedadCardiaca
 Arthritis Cancer Problemas del Corazon
 Asma Diabetes Hepatitis-A,B,orC
 SIDA/VIH Depresión Hipertension

Factores de estilo de vida

¿Has fumado?

Sí No # de años _____ paquetes por día _____

¿Fuma usted ahora?

Sí No paquetes por día _____

¿Usas drogas?

Sí No tipos? _____ Veces por semana _____

¿Cuanto alcohol bebe?

Bebidas por semana _____

¿Cuanta cafeina bebes por día?

Bebidas por día _____

Alergia

¿Es Ud. Alérgico alguno de los siguientes medicamentos?

Cinta Adhesiva Antibiotico Latex
 Pastillas para Dormir Aspirina Yodo
 Codeina Sulfa Anestisico Local

Otros?

Nombre _____ Reacción _____

Nombre _____ Reacción _____

Hospitalización & Cirugía

Razón _____ Fecha _____

Razón _____ Fecha _____

Razón _____ Fecha _____

¿Has tenido tratamientos de goma?

Sí No

¿Tienes alguna de las siguientes?

Mal Aliento Sequedad de Boca Parcial
 Gomas Sangrantes Dificultad para masticar Sensibilidad al frio
 AmpollasBoca Dolor de oido Sensibilidad al calor
 RellenosRotos Dolor de mandibula Sensibilidad al azúcar
 Clic en Mandibula Dientes Flojos Sensibilidad a la presión
 Dentures Dolor de Boca Inflamación de las encias
 Apertura de dificultad o cierre Las Llagas en la Boca

Solo para Mujeres

¿Estas embarazada?

Sí No

¿Es la lactancia materna?

Sí No

¿Cuál es su método de hablando?
