

Registro de Pacientes

Fecha _____

Nombre del paciente _____ Fecha de nacimiento de _____ Edad _____

Primera Media Pasada
SS# _____ DL# _____ Ocupación _____ Trabajo # (____) _____ Solo Se casó con Se divorciaron Viudo / a Nombre de los cónyuges: _____

Trabajo # (____) _____

Inicio dirección _____ Zip _____

Inicio número (____) _____ Celular (____) _____ De correo electrónico _____

Preferido el método de contacto: Página de inicio Trabajo Celular De correo electrónico Texto

¿Hay alguien que gustaría tener acceso a su información médica y dental? _____

Dirección y nombre del empleador _____

Persona responsable de la cuenta _____ Relación _____

Seguridad social # _____ DL# _____ Inicio número # (____) _____

Inicio dirección (si es diferente) _____ Estado _____ Zip _____

Empleador de partido responsable y dirección de _____ Estado _____ Zip _____

Ocupación _____ Trabajo # (____) _____

Recomendados por _____ médico _____

¿Tiene seguro Dental? Sí No Con quien? _____

Contacto en caso de Emergencia _____ Relación _____

Dirección _____ Estado _____ Zip _____ Teléfono _____

¿Cuáles son tus preocupaciones? *Marque todas las que aplican:* Chequeo rutinario C que se inclina Su salud General Aspecto Evitación del dolor Cavidades Perder los dientes Cáncer oral Enfermedad Periodontal/goma Perder/exceder límites seguros dentales

¿Actualmente tiene un problema? _____

Historia De La Salud Médica

1. ¿Ha habido algún cambio en su salud desde su última visita? Si No

En caso afirmativo explique: _____

2. ¿Está bajo el cuidado de un médico? Si No

Nombre del médico: _____ Razón: _____

3. ¿Está tomando algún medicamento como Aspirina? Si No Lista: _____4 Es usted alérgico a cualquiera de los siguientes: Penicilina Látex Azufre Codeína Aspirina Novocaina Otros: _____

5. ¿Su médico siempre informado que ha tenido o?

 Corazón dolencia / enfermedad Fiebre reumática Carrera Asma / fiebre del heno Prolapso de la Válvula Mitral Enfermedad de la sangre Enfermedad del hígado Tratamiento psiquiátrico La presión arterial alta / baja Enfermedad renal Diabetes Enfermedad venérea Enfermedades respiratorias Tumores o crecimientos Glaucoma Sífilis Estomacal / Intestinal enfermedad Epilepsia / convulsiones Tuberculosis VIH + / SIDA Problemas de la tiroides / bocio Sangrado anormal Eczema / colmenas Osteoporosis Anemia / leucemia / baja las plaquetas Reumatismo o artritis Desmayo / mareo Otros Cancer Problemas de próstata Hepatitis Embarazada Cuanto tiempo _____ La lactancia materna Tomando Control de la natalidad Marcapasos / órgano / Valve / conjunto / recambio o implante: Tipo de fecha: _____ Cirugías de últimos 5 años: _____

Información adicional: _____

Médico: _____ Fecha: _____

¿Usted fuma o usa tabaco sin humo? Si No

¿Tiene cualquier otra condición médica que debemos tener cuidado de? _____

Historia de la salud Dental

¿Lo que preocupa más acerca de su salud dental? _____

¿Siente dolor en la boca? En caso afirmativo, ¿ha tenido tratamiento? Sí No

¿Si es así donde? _____ ¿Cuánto? _____

¿Cuándo fue su último examen dental? _____ ¿Juego completo pasado de rayos x? _____

¿Quien podemos contactar para obtener copias de su más reciente radiografías? _____

¿Cuándo fueron sus dientes última profesionalmente "limpia"? _____

Hacer el sangrado de las encías? Sí No ¿Le siempre han dicho que usted tiene enfermedad de las encías? Sí No

Si sí, ¿ha tenido tratamiento? Sí No Si sí, ¿cuánto tiempo hace? _____

Si no, ¿por qué no? _____

Si tienes dientes que falta, substituyeron a? Sí No si, se han substituido? (marque uno o más)

Dentadura completa Prótesis parcial removible Puente fijo Implante Otro _____

Si no, ¿por qué ellos no substituyeron? _____

¿Está satisfecho con el ajuste y apariencia? Sí No

Si no, ¿qué es lo no gusta de ellos? _____

¿Está satisfecho con la apariencia de sus dientes? Sí No

¿Si no, lo que no te gusta? _____

¿Tiene cualquier otra condición dental que tenemos que tener en cuenta? Sí No

En caso afirmativo, sírvase precisar la respuesta: _____

Ha tenido alguna vez tu sueño evaluado o tenido una prueba de sueño? Sí No Sí, ¿cuánto tiempo hace? _____

Usted alguna vez ha dicho usar presión de vía aérea positiva continua (CPAP)? Sí No

Si es así, actualmente llevan su CPAP? Sí No

¿Le han dicho que ronca o eres consciente de ningún ronquido? Sí No

¿Cómo enteraste de nuestra oficina? Pariente o cónyuge Drive por Internet Ubicación

Referencia – Que podemos gracias por referencia te? _____

¿Qué es lo que viene al dentista que te disgusta más? _____

¿Querías óxido nitroso (gas que ríe) durante tu tratamiento? (hay un cargo adicional por este servicio) Sí No

¿Si tuvieras que elegir entre las siguientes opciones para su cuidado dental, que elegirías? (marque uno)

Aspecto Función Costo

Por favor comprueba la una de la frase que mejor describe su acercamiento a las necesidades dentales:

Si no rompió, no fijar it.

me gustaría tratar y prevenir problemas de suceso. Plan sobre cómo mantener los dientes durante mucho tiempo.

yo les avisare cuando duele. Podemos hacer algo entonces

¿Quiere que su tratamiento en algunas citas largas? Sí No

Estaría disponible en una base de corto plazo para sus citas? Sí No

Podemos llamar a su lugar de trabajo para hacer o confirmar sus citas? Sí No

¿Qué podemos hacer para hacer su cita con el dentista lo más agradable posible? _____

Inicial

_____ Reconozco que he sido dado u ofrecen una copia de las oficinas de "Aviso de prácticas de privacidad."

_____ Entiendo que el pago es debido al tiempo de servicio.

Voy a pagar hoy por: Dinero en efectivo Echale un vistazo Tarjeta de crédito Otros

Firma: _____

Fecha: _____

Nuestra oficina está comprometida a reunión o exceder los estándares de control de la infección por la OSHA, los CDC y la ADA.