



Formulario de Inscripción de Paciente 8190 Barker Cypress Rd. #200
Cypress, TX 77433
Oficina: 832-674-4932
Fax: 832-906-6212

Nombre de paciente: _____ **Correo Electrónico:** _____

Dirección de casa: _____

Ciudad: _____ **Código Postal:** _____ **Numero de teléfono:** _____

Empleador: _____ **Negocios:** _____ **Ocupación:** _____

Fecha de Nacimiento: _____ **Anos:** _____ **Numero de Seguridad Social:** _____ **Estado Civil:** _____

Nombre de esposa(o): _____ **Numero de teléfono:** _____

Contacto de emergencia: _____ **Relación:** _____

Dirección: _____ **Numero de teléfono:** _____

Razón de visito: _____

A quien podemos agradecerle por referirte? _____

Compañía de seguros: _____ **Numero de seguros:** _____

Historio de Salud

Para su seguridad y para ayudarnos de diagnosticar y tratar en una manera precisa, por favor revise cuidadosamente este formulario por completo y complete todas las áreas que se relacione con usted:
Todos información se mantiene confidencialmente.

DENTAL HISTORY:

Dentista anterior: _____ Ciudad: _____

Fecha de visito ultimo: _____ de limpieza ultima: _____ de radiografía ultima: _____

COMPRUEBE ALGUNO DE LOS SIGUIENTES QUE HA TENIDO ACTUALMENTE:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Incomodidad de boca | <input type="checkbox"/> Magullarse fácilmente |
| <input type="checkbox"/> Han blanqueado sus dientes antes | <input type="checkbox"/> Dientes flojos |
| <input type="checkbox"/> Rechina sus dientes | <input type="checkbox"/> Miedo de tratamiento dental |
| <input type="checkbox"/> Dolor, cliqueando, o saltando en la mandíbula | <input type="checkbox"/> Parientes inmediatos que han perdido todos sus dientes |
| <input type="checkbox"/> Despierto con dolor de la mandíbula | <input type="checkbox"/> Tratamiento de frenas |
| <input type="checkbox"/> Tratamiento de periodontal | <input type="checkbox"/> Dientes sensibilidad (Caliente, Frio, Dulce) |
| <input type="checkbox"/> Abscesos de la encía | <input type="checkbox"/> Complicaciones con o siguiente tratamiento dental |
| <input type="checkbox"/> Sangrado de la encía al cepillarse/limpiando con hilo dental | <input type="checkbox"/> Herpes labia |
| <input type="checkbox"/> Mal aliento o mal sabor | <input type="checkbox"/> Tratamiento de frenas |

Si pudiera cambiar una cosa acerca de su sonrisa, ¿que sería eso? _____

Si hubiera una manera simple y económica de blanquear sus dientes, ¿estaría interesado? Sí No

¿Quieres mantener sus dientes? _____ Sí, no importa cuanto problema _____ No se
_____ Si, no es mucho problema _____ No me importa

HISTORIA MEDICO DE SALUD

1. Describe su salud actual: _____ Excelente Bueno Justo Probre
2. Su actual medico: _____ Tipo: _____
3. Fecha de su ultima examen físico: _____ Propósito: _____
4. ¿Sabe de algún cambios en su salud general en el último año? Si No
5. ¿Ha estado hospitalizado por enfermedad o cirugía en los últimos 2 anos? Si No
6. ¿Ha estado bajo el cuidado de un medico durante los últimos 2 años? Si No
7. ¿Alguna vez ha tenido ha sangrado excesivo que requiere tratamiento especial? Si No
8. ¿Hay historia de diabetes en su familia? Si No
9. ¿Está en una dieta especial o restringida de cualquier tipo? Si No
10. ¿Usted Fuma? Si No ¿Cuánto? _____ Cuanto Tiempo? _____
11. ¿Bebe Alcohol? Si No ¿Consumes cafeína? Si No
12. Lista todas medicamentos que está tomando: _____
13. Lista todas medicamentos a los que es alérgico: _____

INDIQUE CUAL DE LOS SIGUIENTES TIENE O HA TENIDO ACTUALMENTE, CIRCULO SÍ (Y) O NO (N):

Una persona nervioso	N/Y	Epilepsia o Incautación	N/Y	Enfermedad de hidalgo	N/Y
SIDA	N/Y	Desmayo o Mareos	N/Y	Presión Arterial baja	N/Y
Alergias o urticaria	N/Y	Dolores de cabeza frecuentes	N/Y	Tos Persistente	N/Y
Anemia	N/Y	Sed frecuente/micción	N/Y	Atención Psiquiátrica	N/Y
Angina	N/Y	Glaucoma	N/Y	Tratamiento de radiación	N/Y
Artritis reumatismo	N/Y	Fiebre de heno	N/Y	Fiebre reumática	N/Y
Articulación artificial	N/Y	Enfermedad de corazón o ataque	N/Y	Escarlatina	N/Y
Valva de corazón artificial	N/Y	Soplo cardiaca	N/Y	Falta de aliento	N/Y
Asma	N/Y	Marcapasos cardiaco	N/Y	Problemas de sinusitis	N/Y
Transfusiones de sangre	N/Y	Cirugía de corazón	N/Y	Derrame cerebral	N/Y
Pastillas anticonceptivas	N/Y	Problemas del corazón	N/Y	Tomar hormonal med	N/Y
Cancer o tumores	N/Y	Hemofílico	N/Y	Enfermedad de tiroides	N/Y
Quimioterapéutico	N/Y	Hepatitis	N/Y	Tuberculosis	N/Y
Lesión cardiaca congénita	N/Y	Alta presión sanguínea	N/Y	Ulceras	N/Y
Diabetes	N/Y	VIH positivo	N/Y	Aumento/perdido de peso	N/Y
Adicto a las drogas/alcohol	N/Y	Problemas de riñón o vejiga	N/Y	Apnea del sueño	N/Y
Enfisema	N/Y	Su ronca	N/Y	Esta embarazada	N/Y

¿Tiene alguna afección médica o enfermedad que debamos conocer? N/Y

Explique _____.

Que yo sepa, todas las respuestas anteriores son verdaderas y correctas. Si tengo algún cambio en mi salud o medicamentos, le informaré al médico antes de mi próxima cita, sin falta.

Firma de paciente: _____ **Fecha:** _____

Firma de doctor: _____ **Fecha:** _____

Reconocimiento de recibo: Hipaa Aviso de Prácticas de Privacidad

Al firmar este documento, usted acepta que ha recibido nuestro aviso de prácticas de privacidad. Este aviso entre otras cosas explica cómo planeamos usar y divulgar su información médica protegida por el fin de realizar operaciones de tratamiento, pago y atención médica. Esto se aplica a las prácticas de privacidad de O Family Dentistry que publican este Aviso. Entidades de O Family Dentistry emitiendo este aviso.

Tiene derecho a revisar nuestro aviso de prácticas de privacidad antes de firmar este documento y proporciona más detalles sobre cómo podemos usar y divulgar su información. El aviso de prácticas de privacidad podría cambiar.

En firmando este documento, usted reconoce que ha recibido nuestro aviso de prácticas de privacidad y que O Family Dentistry y todas las entidades cubiertas afiliadas pueden usar y divulgar su información médica protegida de acuerdo con HIPAA.

Firma del individuo tomador de decisiones sustituto

Nombre Completo:

Firma:

Fecha:

Relación con el residente/paciente/autoridad legal (si es aplicable)

Nombre Completo:

Relación:

Fecha: