



Registro De Pacientes

Fecha _____ nombre del paciente _____

Nombre que desee ser llamado _____

Dirección _____ teléfono de casa _____

Ciudad _____ Código postal _____ teléfono comercial _____

Correo electrónico _____ teléfono de celular _____

Esta bien confirmación vía texto? No ¹ sí ¹

Sexo: M ¹ F ¹ edad _____ fecha de nacimiento _____

Seguro Social del paciente _____ empleador _____

¿Quién es responsable de esta cuenta? _____

** A quien podemos agradecer su referencia? _____

EN CASO DE EMERGENCIA POR FAVOR PÓNGASE EN CONTACTO CON

Nombre _____ Relación _____

Número de Teléfono _____

Compañía de Seguro Dental _____ grupo # _____

Identificación _____

Seguro dental adicional? No ¹ sí ¹ nombre _____

Fecha de nacimiento _____ Seguro Social o ID # _____

Relación con el paciente _____

Compañía de seguro adicional _____ grupo # _____

FIRMA Y AUTORIZACION

Yo, certifico que al firmar (o mi dependiente) tengo cobertura de seguro con

y asignar directamente al médico en caso contrario a pagar a mí por los servicios prestados. entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos o no pagado por el seguro. Por la presente autorizo al doctor a liberar a todos información necesaria para asegurar el pago de las prestaciones. autorizo el uso de esta firma toda la información enviada al seguro.

Firma de persona responsable

Fecha

HISTORIA DENTAL



Razón de la visita hoy _____
Nombre de dentista previo _____ ciudad/estado _____
Fecha de última visita dental _____
fecha de la ultima radiografía dental _____

Marque sí o No para indicar si usted ha tenido alguno de los siguientes:

Mal aliento	[Sí] No	Encías que sangran	[Sí] No
Resequedad en la boca	[Sí] No	Sensación de ardor e la lengua	[Sí] No
Respira por la boca	[Sí] No	Colección de comida entre los dientes	[Sí] No
Dolor el la mandíbula	[Sí] No	Chasquido de la mandíbula	[Sí] No
Dientes flojos	[Sí] No	Empastes rotos	[Sí] No
Dolor en los oídos	[Sí] No	Sensibilidad a lo frio o caliente, dulces	
Ulceras en la boca	[Sí] No	O al morder	[Sí] No
Muerde las unas	[Sí] No	Fuma cigarrillos o pipa, o mastica tabaco	[Sí] No
Rechina los dientes	[Sí] No	Le gusta su sonrisa	[Sí] No

Tratamiento de ortodoncia [Sí] No Cuando _____

Con qué frecuencia se cepilla los dientes? _____

Con qué frecuencia use hilo dental? _____

Entiendo que me puede cargar un 1.5% las finanzas por mes (18% anual) si mi balance va más de 90 días.
También entiendo que yo soy responsable de todos los cargos correspondientes a mi saldo impago o perdido citas.

Doy permiso a mi dentista y el equipo clínico tomar cualquier necesarias radiografías, modelos de estudio y fotografías para hacer un diagnóstico completo de mis necesidades dentales.

También doy permiso a mi dentista y equipo dental para usar mis fotos en la oficina para Educación del paciente. Iniciales: _____

Doy mi consentimiento para el uso y la divulgación de mi información protegida de salud para obtener información con respecto a mi dental reclamaciones.

Firma del paciente

Fecha

Firma del médico

Fecha

(He leído, está de acuerdo con y entender las declaraciones mencionadas anteriormente)