

Informacion del paciente

Nombre: _____ Fecha: _____
Género (M/F): _____ Estado civil: _____ Fecha de Nacimiento: _____
Numero de Seguro #: _____ E Mail: _____
Dirección: _____
Ciudad/Estado: _____ Código Postal: _____
Teléfono: _____ Trabajo: _____
Celular: _____ Otro: _____

Fuente de referencia

Nombre de Persona, la Oficina u Otra fuente que refieren usted a nuestra práctica: _____

Persona Responsable

Nombre: _____ Relación: _____
Fecha de Nacimiento: _____ Numero de seguro #: _____
Teléfono: _____ Trabajo: _____
Celular: _____ Otro: _____

Información de empleo

Patron: _____
Dirección: _____

Información de seguro

Nombre del Asegurado: _____
Fecha de Nacimiento: _____ Numero de Seguro #: _____ ID #: _____
Compañía de seguros: _____
Dirección : _____
número de teléfono : _____

LIBERACION

autorizo al dentista a realizar los procedimientos y el tratamiento diagnósticos como puedan ser necesarios para el cuidado dental apropiado. Autorizo la liberación de cualquier información con respecto a mi (o mi niño) asistencia médica, el consejo y el tratamiento proporcionaron para el propósito de evaluar y administrar los reclamos para beneficios de seguro. Autorizo la liberación de cualquier información con respecto a mi (o mi niño) asistencia médica, el consejo y el tratamiento a otro dentista. Yo por lo presente autorizo el pago de beneficios de seguro directamente al dentista o el grupo dental, de otro modo pagado a mí. Entiendo que mi portador dental del seguro del cuidado o el indemnizador de mis beneficios dentales pueden pagar menos que la cuenta verdadera para servicios. Entiendo que soy financieramente responsable del pago en repleto de toda cuenta. Firmando esta declaración, yo revoco los acuerdos previos al contrario y concuerdo en no ser responsable de pagos y servicios pagado, en el total o en parte por mi indemnizador dental del cuidado. Atestiguo a la certeza de la información en esta página.

Paciente o Guardián: _____

Fecha: _____

HISTORIA MEDICA

La fecha de Ultima Visita Dental: _____

Nombre del Doctor: _____ Dirección _____

¿Usted está bajo un cuidado de médico?	Sí	No
¿Desde Cuando? _____		
¿Porque? _____		
¿Cuándo fue su último examen físico? _____		
¿Esta usted tomando cualquier medicina o sustancia?	Sí	No
Si sí, anote por favor las medicinas _____		
¿Toma rutinariamente usted sustancias relacionadas a la salud?	Sí	No
¿Usted es alérgico a cualquier medicina o sustancias?	Sí	No
Si sí, anote por favor _____		
¿Tiene usted cualquier otras alergias? _____		
¿Tiene usted cualquier problema con penicilina, los antibióticos, anestésicos u otras medicinas? _____		
¿Usted es sensible a cualquier metal o el látex?	Sí	No
¿Está embarazada o sospecha que pueda estar?	Sí	No
¿Utiliza usted cualquier medicina para no embarazarse?	Sí	No
¿Ha sido tratado alguna vez o le han dicho quizás tenga enfermedad cardíaca?	Sí	No
¿Tiene usted un marcapasos o un injerto artificial de válvula de corazón?	Sí	No
¿Ha tenido jamás usted la fiebre reumática?	Sí	No
¿Usted está enterado de algún soplo en el corazón?	Sí	No
¿Ha tenido usted tratamiento de radiación, el tratamiento del quimio para tumor, crecimiento u otras condiciones?	Sí	No
¿Tiene usted la enfermedad incitante, tal como artritis o reumatismo?	Sí	No
¿Tiene usted alguna coyunturas/prótesis artificial?	Sí	No
¿Tiene usted cualquier desórden de sangre, como la anemia, leucemia, etc?	Sí	No
¿Ha sangrado usted excesivamente después alguna cortada o herida?	Sí	No
¿Tiene usted cualquier problema del estómago?	Sí	No
¿Tiene usted cualquier problema de riñón?	Sí	No
¿Tiene usted cualquier problema de hígado?	Sí	No
¿Usted es un diabético?	Sí	No
¿Tiene usted alta o baja preccionnsión?	Sí	No
¿Tiene usted desmayos o se marea de ratos?	Sí	No
¿Tiene usted el asma?	Sí	No
¿Tiene usted los desórdenes de epilepsia o ataques?	Sí	No
¿Usted ha tenido jamás la enfermedad venérea?	Sí	No
¿Ha probado usted VIH positivo?	Sí	No
¿Tiene usted SIDA?	Sí	No
¿Ha tenido usted una prueba positiva de hepatitis?	Sí	No
¿Ha tenido T.B.?	Sí	No
¿Fuma usted, masca, utiliza rapé o cualquier otras formas de tabaco?	Sí	No
¿Consume usted bebidas alcoholicas?	Sí	No
¿Ha tenido usted tratamiento psiquiátrico?	Sí	No
¿Ha tomado usted cualquier fenfluramine de fármaco, pantano-phen, redux, u otros productos de la pérdida de peso?	Sí	No
¿Tiene usted cualquier enfermedad, o problema no anotado?	Sí	No
Si sí, anote por favor _____		
¿Hay algo más nosotros debemos saber acerca de su salud que nosotros no hemos cubierto en esta forma?	Sí	No
¿Querría usted hablar con el Médico privadamente acerca de algún problema?	Sí	No

CERTIFICO QUE LA INFORMACION ES COMPLETA Y EXACTA.

Firma del Paciente / Guardian _____

Crescent Dental
Kavita Ghai, D.D.S., P.L.L.C.

**ACKNOWLEDGEMENT OF RECEIPT OF
NOTICE OF PRIVACY PRACTICE**

* You May Refuse to Sign This Acknowledgement *

I, _____, have received a copy of this office's
Notice of Privacy Practices.

Please Print Name

Signature

Date

For Office Use Only

We attempted to obtain written acknowledgement of receipt of our Notice of Privacy Practices, but acknowledgement could not be obtain because:

- Individual refused to sign
- Communications barriers prohibited obtaining the acknowledgement
- An emergency situation prevented us from obtaining acknowledgement
- Other (Please Specify)
