

**Información de Registro del Paciente**



**Nombre del Paciente:** (Apellido, Primer Nombre, Inicial)

\_\_\_\_\_

**Preferencia de Nombre:**

\_\_\_\_\_

**Fecha de Nacimiento:** (Mes/Día/Año)

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Género:**

\_\_\_\_\_

**Estatus Marital:**

\_\_\_\_\_

**Dirección de Línea 1:**

\_\_\_\_\_

**Dirección de Línea 2:**

\_\_\_\_\_

**Ciudad:**

\_\_\_\_\_

**Estado:**

\_\_\_\_\_

**Código Postal:**

\_\_\_\_\_

**Teléfono de Casa:**

(\_\_\_\_) \_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

**Teléfono del Trabajo:**

(\_\_\_\_) \_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

**Numero de Celular:**

(\_\_\_\_) \_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

**Correo Electronico:**

\_\_\_\_\_

**SS del paciente:**

\_\_\_\_\_

**Empleador del Paciente/Escuela:**

\_\_\_\_\_

**Ocupación:**

\_\_\_\_\_

**Persona Responsable de la Cuenta:**

\_\_\_\_\_

**Relación al Paciente:**

\_\_\_\_\_

**Nom. Contacto de Emergencia :**

\_\_\_\_\_

**Relación al Paciente:**

\_\_\_\_\_

**# de Contacto de Emergencia**

\_\_\_\_\_

**Cómo Supo Sobre Nosotros?**

\_\_\_\_\_

# Historial Dental

Dentista Anterior – Nombre y Ciudad

Cuándo Fue La Última Vez Que Visito Un Dentista?

Cual Siente Que Es La Condición Actual De Sus Dientes?

Le Sangran Las Encías? Si Es Asi, En Donde y Cuando?

Alguna Vez Le Han Dicho Que Tiene Una Enfermedad En Las Encías?

La Comida Se le Colecta Crónicamente Entre Los Dientes? Si Es Asi, En Donde?

Sus Dientes Están Sensibles A Lo Siguiente? (Circule Todo Lo Que Aplique)

Dulce	Frio	Caliente	Presion	No
-------	------	----------	---------	----

Qué Tan Seguido Se Cepilla Los Dientes?

Qué Tan Seguido Usa El Hilo Dental?

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

Está Usted Feliz Con La Apariencia De Su Sonrisa? (SI o No – Por Favor Explique)

## COMUNICACIÓN DE CITAS:

Mejor Horario/Dia Para Hacer Su Citas:

---

Cómo Prefiere Que Le Comuniquemos Sobre Su Cita Para Confirmarla? (Por Favor Circule)

Tel. De Casa #	# De Celular	Correo Electronico	Texto
----------------	--------------	--------------------	-------

# De Teléfono: \_\_\_\_\_



Por Favor Circule Su Proveedor de Celular:

Sprint	AT&T	TMobile	Verizon	Otro
--------	------	---------	---------	------

Correo Electronico:

## CONOCIMIENTO DE RECIBO DE NOTIFICACIONES SOBRE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Yo he recibido/revisado una copia sobre la Notificación de Práctica de Privacidad.

Nombre del Paciente:

Fecha:

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

Paciente o Guardián Legal y su Firma:

Relación al Paciente:

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

Yo doy a, \_\_\_\_\_ el consentimiento para tener acceso a mi informacion de mi salud protegida, para que se haga cargo de mi tratamiento, de mi actividad de pagos y la operación del cuidado de mi salud, para que tenga acceso a mi información de salud, para elegir tratamiento, actividad de pagos y operaciones del cuidado de mi salud.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_



**Aseguranza Co. y Numero de Poliza**

---

(Por favor muestranos su tarjeta de aseguranza para escanearla)

**Yo por este medio autorizo los pagos a los grupos de beneficiarios de seguros. Esta irá directo a los Dentistas nombrados arriba, o si no serán pagados a:**

**Firma:** \_\_\_\_\_

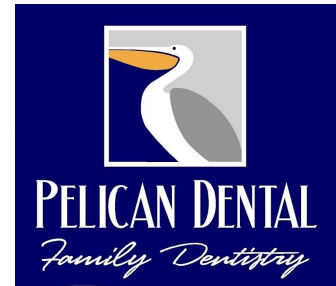
**Yo acepto las declaraciones del Dentista asistiendome y autorizo la liberación de información relacionada.**

**Yo doy certeza de que toda la información de arriba es correcta. Estoy de acuerdo en ser responsable de los pagos de servicios provenientes durante cualquier periodo no eligible.**

**Firma Del Paciente:**

---

## Historial Medica



En el presente está tomando alguna medicina/fármacos/ pastillas o suplementos? Si No (por favor circule)

Si lo esta, por favor haga una lista, incluyendo cantidades o muestranos una lista para escanearla en su archivo:

---

---

---

---

---

Nombre de su Clinica Medica:

---

¿Cuándo se hizo su último físico? \_\_\_\_\_

¿Está al cuidado de algún doctor físico en este momento?

Si No (por favor circule)

Allergias: (por favor circule)

Penicillina	Codeine	Anestesia Local	Latex	Joyas	Ninguno
-------------	---------	-----------------	-------	-------	---------

Otras Alergias: \_\_\_\_\_

Si es mujer, ¿está embarazada? Si No (por favor circule)

Si está embarazada, cuando se alivia? \_\_\_\_\_

**POR FAVOR CIRCULE CUALQUIER O TODO LO QUE LE APLIQUE A USTED:**

Condiciones del Corazón:

Defectos del Corazón	Fiebre Reumática	Murmuro	Cirugia
----------------------	------------------	---------	---------

Murmuro	Cirugia	Marca Pasos
---------	---------	-------------



Otras Condiciones Del Corazon:

---

**POR FAVOR CIRCULE TODO LO QUE LE APLIQUE:**

Cirugías de las articulaciones:    Rodillas        Caderas        Otro

Fecha de la Cirugía: \_\_\_\_\_

Otros reemplazos en las articulaciones: \_\_\_\_\_

---

¿Usted requiere una pre medicación antes de su tratamiento dental?

Si	No
----	----

Si responde sí , haga la lista, cantidades, tiempo de administración y quien lo prescribió/ quien le aconsejo esto?

---



---

Anticoagulante de sangre: (por favor circule)

Coumadin	Warfarin
----------	----------

Otros anticoagulantes de sangre:

---

Alta Presion	Diabetes	Condiciones de la Tiroides	Problemas de Sinusitis
Desmayos	Epilepsia	Asma	Cáncer/Quimio/Radiación
Hepatitis (Tipo)____	Ulceras	Reflujo de Ácido	VIH Positivo/SIDA

Alguna otra condición/algo preocupante no especificado?

---

---

¿Tiene usted un último deseo que le gustaría que nosotros pusiéramos en sus archivos?

Si No (por favor circule)

## Apnea Del Sueño

1) Usted ha experimentado algunos de los siguientes problemas? (Circule todo lo que aplique)

Sueño durante el día	Sueño no refrescante	Fatiga	Insomnia
----------------------	----------------------	--------	----------

Si	No
----	----

2) Alguna vez se ha despertado ahogándose o respirando fuerte para alcanzar su respiración?

Si	No
----	----

3) ¿Alguien ha notado que usted ronca o deja de respirar en lo que duerme?

4) ¿Tiene usted alguno de los síntomas siguientes? (circule todo lo que aplique)

Nocturia (Despertando en la noche para ir al baño)	Dolores de Cabeza en las mañanas	Perdida de memoria
Dificultad para concentrarse	Bajos deseos en la sexualidad	Irritabilidad

5) ¿Tiene usted algunas de estas características físicas? (Circule todo lo que le aplique)

Obesidad - Índice de masa corporal (BMI) de 30 o más arriba	Cuello tamaño grande - 17 pulgadas o más grande que un hombre/16 pulgadas o más grande para la mujer	Lengua grande/ Anginas grandes
Quijada Regressiva	Bolitas en la nariz	Septum de la nariz desviado

6) ¿Tiene usted algunos de estos otros problemas médicos que son comunes con el sueño de apnea? (Circule todo lo que aplique)

<b>Alta Presion</b>	<b>Desórdenes de Ánimo</b>	<b>Enfermedades coronarias de las Arterias</b>	<b>Derrame</b>
<b>Fallos en el Corazón</b>	<b>Fibrilacion Arterial</b>	<b>Ataque al Corazón</b>	<b>Diabetes Tipo 2</b>

*Yo doy certeza que represento todo lo dicho arriba, incluyendo esas respuestas hechas en el Historial Médica y cualquier información suplementaria, son correctas y completadas a lo mejor de mi conocimiento y creencias.*

**Firma del Paciente:**

\_\_\_\_\_

**Fecha:** \_\_\_\_\_