

REGISTRO

1.-Paciente _____ Licencia de Manejar _____
Dirección _____ Apto _____
Ciudad _____ Estado _____ Zip _____
Teléfono _____ Celular _____
Sexo _____ Estado Civil _____ Fecha de Nacimiento ____/____/____ Edad _____ S.S. # _____
Empleador _____ Teléfono _____
Dirección _____ Ciudad _____ Zip _____

2.-Esposo-a _____ Licencia de Manejar _____ S.S. # _____
Empleador _____ Teléfono _____
Dirección _____ Ciudad _____ Zip _____

3.-Persona Responsable _____ Licencia de Manejar _____
Relación con el paciente _____ S.S. # _____
Empleador _____ Teléfono _____
Dirección _____ Ciudad _____ Zip _____

4.-En caso de Emergencia llamar _____ Relación _____ Teléfono: _____ 2do Teléfono: _____ Dirección _____ Estado _____ Ciudad _____ Zip _____
--

5.-Nuestra oficina crece con referencias de nuestra familia dental.....**A quien le damos las gracias por referirlo con nosotros para su cuidado dental?**

6.- Información seguro dental: Cía. de Seguro _____ Nombre del asegurado _____ Fecha de Nacimiento _____ Póliza # _____ Plan # _____	7.-Seguro dental secundario:(si se aplica) Cía. de Seguro _____ Nombre del asegurado _____ Fecha de Nacimiento _____ Póliza # _____ Plan # _____
---	---

8.- Yo comprendo que **soy personalmente responsable por el costo de mi tratamiento dental**. Estoy de acuerdo en pagar por todo el tratamiento efectuado en esta oficina, si por cualquier motivo mi seguro dental deniega su responsabilidad.

Yo le notificaré a esta oficina de cualquier cambio en la cobertura de mi seguro. En caso del incumplimiento del acuerdo anterior por mi parte, y de que sea necesario una acción legal. Yo asumo toda responsabilidad por los intereses y por el pago razonable de los honorarios del abogado.

Firma _____

9.-**Asignación de Beneficios**

Yo autorizo a la compañía de seguros _____ para hacer el pago directamente a **Ned Paniagua DMD** por mis prestaciones dentales que de otra forma serían pagados a mí. Este acuerdo es efectuado en consideración a los servicios profesionales prestados a partir de _____.

Certifico que soy mayor de edad y legalmente competente para firmar este acuerdo.

Firma _____ Testigo _____

Fecha ____/____/____

I. Marque la respuesta correcta: (Deje en blanco si no comprende la pregunta)

- | | | | |
|--------------------------|--------------------------|----|--|
| Sí | No | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 1. | Tiene buena salud? _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 2. | Ha tenido algún cambio en su salud durante el último año? _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 3. | Ha estado hospitalizado o ha sufrido una enfermedad grave durante los últimos tres años? _____
Por favor explique _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 4. | Está actualmente bajo tratamiento médico? _____
Por favor explique _____
Fecha de su último examen médico ____/____/____ Fecha de su último examen dental ____/____/____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 5. | Si contestó si a la pregunta, 4 nombre de su Médico _____
Teléfono de su Médico _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 6. | Ha tenido algún problema con su tratamiento dental anterior? Por favor explique _____ |

II. Ha Usted Notado:

- | | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|-----|--------------------------|--------------------------|--|
| Sí | No | | Sí | No | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 8. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 19. Mareos? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 9. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 20. Ruidos en los oídos? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 10. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 21. Dolores de cabeza? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 11. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 22. Desmayos? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 12. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 23. Visión borrosa? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 13. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 24. Convulsiones? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 14. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 25. Sed excesiva? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 15. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 26. Orina con frecuencia? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 16. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 27. Boca seca? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 17. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 28. Ictericia? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 18. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 29. Dolor o rigidez en las articulaciones? |

III. Tiene Usted ó Ha Tenido:

- | | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|-----|--------------------------|--------------------------|--|
| Sí | No | | Sí | No | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 30. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 41. SIDA ó CRS? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 31. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 42. HIV positivo? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 32. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 43. Enfermedades Venéreas?(sífilis ó gonorrea) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 33. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 44. Herpes? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 34. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 45. Enfermedades de la piel? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 35. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 46. Enfermedades de los ojos? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 36. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 47. Anemia? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 37. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 48. Artritis, reumatismo? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 38. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 49. Enfermedades del Riñón, vejiga? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 39. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 50. Enfermedades de la Tiroides o suprarrenales? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 40. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 51. Diabetes? |

IV. Tiene Usted ó Ha Tenido:

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|-------------------------------------|
| Sí | No | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 52. Tumores, cáncer? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 53. Tratamientos de radiación? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 54. Quimioterapia? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 55. Válvula artificial del corazón? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 56. Alergia a el Latex? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 57. Articulación artificial? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 58. Lentes de contacto? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 59. Transfusiones de sangre? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 60. Cirugías? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 61. Marcapasos? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 62. Tratamiento Psiquiátrico? |

V. Está Usted Tomando:

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|--|
| Sí | No | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 63. Drogas de uso recreativo? (Adicción) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 64. Tabaco de cualquier tipo? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 65. Alcohol? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 66. Medicinas? (Incluyendo aspirina) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 67. Medicinas para adelgazar (Phen-Fen) |

Por favor lístelas: _____

VI Mujeres Solamente:

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|---|
| Sí | No | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 67. Está o podría estar embarazada ó dando pecho? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 68. Está tomando píldoras anticonceptivas ? |

VII. Para Todos Los Pacientes:

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|--|
| Sí | No | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 68. Tiene ó ha tenido alguna enfermedad ó problema médico, <u>que NO esté listado en este cuestionario</u> ? |
- Por favor explique _____

He Comprendido y respondido a todas las preguntas completa y correctamente. Informaré al Dr. Paniagua de cualquier cambio en mi salud y o medicamento.

Fecha ____/____/____ Firma del Paciente _____ Doctor _____

REVISION PERIODICA

- | | | | |
|-------------------------|--------------------------|-----------------------|--------------|
| 1. Fecha ____/____/____ | Firma del Paciente _____ | Cambios Médicos _____ | Doctor _____ |
| 2. Fecha ____/____/____ | Firma del Paciente _____ | Cambios Médicos _____ | Doctor _____ |
| 3. Fecha ____/____/____ | Firma del Paciente _____ | Cambios Médicos _____ | Doctor _____ |