

# Patient Registration Form

Fecha de Cita: \_\_\_\_\_

## Información del Paciente

Nombre		Segundo Nombre		Apellido	
Genéro	Estado Civil	Fecha de Nacimiento		# de Seguro Social	
Dirección			Ciudad	Estado	Código Postal
Teléfono Casa		Teléfono Celular		Dirección Electrónica	
Quién le recomendó esta oficina?					

## Información del Empleador

Empleador		Cargo		Teléfono Trabajo	
Dirección del trabajo			Ciudad	Estado	Código Postal

## En Caso De Emergencia

Llamar a:	Teléfono Casa	Parentesco
-----------	---------------	------------

## Facturación y Seguro

### Información de su Seguro

Nombre de la Compañía		Grupo		
# del grupo	Teléfono	Empleador del asegurado(a)		
Nombre del asegurado(a)		Parentesco	Teléfono	
Dirección		Ciudad	Estado	Código Postal
# de Seguro Social del asegurado(a)	Fecha de nacimiento del asegurado(a)			

### Seguro Dental Secundaria

Nombre de la Compañía		Plan	
# grupo	Teléfono	Empleador del asegurado(a)	# de Seguro Social del asegurado(a)
Nombre del asegurado(a)		Parentesco	Teléfono

### Parte Responsable

Nombre de facturación		Teléfono	Relación con el paciente	
Dirección del trabajo		Ciudad	Estado	Código Postal

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

Fecha de Cita: \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Género \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_

### Razón de su Visita

Qué te trae a la oficina hoy?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Medicación Actual

está tomando adelgazantes de la sangre?

Si  No

Qué medicamentos están tomando actualmente

Nombre	Dosis	Frecuencia
_____ Nombre	_____ Dosis	_____ Frecuencia
_____ Nombre	_____ Dosis	_____ Frecuencia

### Historia Dental

Cuándo fue su último examen dental?

Fecha \_\_\_\_\_

Cuándo tomaron su última radiografía dental?

Fecha \_\_\_\_\_

Con que frecuencia se cepilla?  Con que frecuencia usa hilo dental?

Veces al día \_\_\_\_\_ veces al día \_\_\_\_\_

Rechinar los dientes?

Si  No

Has tenido Apoyos?

Si  No

### Antecedentes Medicos

Ha tenido alguna de las siguientes?

- Alcoholismo
- Desorden Sanguineo
- Alimenticio
- Alergia
- Hormonales
- Epilepsia
- Anemia
- Transfusión de Sangre
- Fiebre del heno
- Desorden de ansiedad
- Trastorno Intestinal
- Enfermedad Cardiaca
- Artritis
- Cancer
- Problemas del Corazon
- Asma
- Diabetes
- Hepatitis-A,B,orC
- SIDA/VIH
- Depresión
- Presion Alta/Baja
- 
- 
- 

### Factores de estilo de vida

Has fumado?

Si  No # de años \_\_\_\_\_ paquetes por día \_\_\_\_\_

Fuma usted ahora?

Si  No paquetes por día \_\_\_\_\_

Usas drogas?

Si  No tipos? \_\_\_\_\_ Veces por semana \_\_\_\_\_

### Alergia

Es Ud. Alérgico a alguno de los siguientes medicamentos?

- Cinta Adhesiva
- Antibiotico
- Latex
- Pastillas para Dormir
- Aspirina
- Yodo
- Codeina
- Sulfa
- Anestísico Local

Otros?

Nombre \_\_\_\_\_ Reacción \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Reacción \_\_\_\_\_

### Hospitalización & Cirugia

Razón \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Razón \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Razón \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Has tenido tratamientos de encias?

Si  No

Tienes alguna de las siguientes?

- Mal Aliento
- Resequedad de Boca
- Parciais
- Encias Sangrantes
- Dificultad al masticar
- Sensibilidad al frio
- Ampollas en la Boca
- Dolor de oido
- Sensibilidad al calor
- Rellenos Rotos
- Dolor de mandibula
- Sensibilidad al azúcar
- Clic en Mandibula
- Dientes Flojos
- Sensibilidad a la presión
- Dentaduras
- Dolor de Boca
- Inflamación de las encias
- Dificultad al abrir o cerrar la boca
- Las Llagas en la Boca

### Solo para Mujeres

Estas embarazada?

Si  No

Esta Ud. amamantando?

Si  No

Usas Anticonceptivos?

\_\_\_\_\_

Cuanto alcohol bebe?

Bebidas por semana \_\_\_\_\_

Cuanta cafeina bebes por dia?

Bebidas por dia \_\_\_\_\_