



Registracion del Paciente y Historia Medical

Nombre _____ Etnicidad (Rasa) _____

Idioma Primario _____

Sexo _____ Edad _____ Fecha de Nacimiento _____ Peso _____

Numero de Seguro Social _____

Nombre de la persona que lleno la forma _____

Relacion del paciente _____

Pediatría _____ Numero Telefonico _____

Sabe si su hijo/hijo tiene algun Disorden Fisico? _____

Si tiene algun problema fisico cual es? _____

Su hijo/hija esta bajo cuidado de un Especialista/Medico? _____

Su hijo/hija requiere algunas pre-medicaciones antes del proceso dental? _____

Si tal, Cual es el numero telefonico y nombre de su Doctor? _____

Su hijo/hija esta tomando alguna medicina en este momento? ___ Liste _____

Su hijo/hija es alergico/a alguna medicina ? _____

Su hijo/hija es alergico/a algo? _____

Su hijo/hija esta en Buena Salud General? _____

Tiene alguna enfermedad desde su infancia? _____

Cheque Cualquier que le Aplique:

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Condiciones de Corazon | <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> Derrames |
| <input type="checkbox"/> Murmuro de Corazon | <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Enfermedad de Huesos |
| <input type="checkbox"/> Herida del Cerebro | <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Enfermedad de Hgado |
| <input type="checkbox"/> Alergias | <input type="checkbox"/> Desmayos | <input type="checkbox"/> Enfermedad del riñón |
| <input type="checkbox"/> Epilepsia | <input type="checkbox"/> Ataques | <input type="checkbox"/> Presion baja/alta |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Retardacion | <input type="checkbox"/> Alergia al Latices |
| <input type="checkbox"/> Palse Cerebral | <input type="checkbox"/> Autismo | <input type="checkbox"/> Rechina los Dientes |
| <input type="checkbox"/> Cancer/Tumor | <input type="checkbox"/> Disorden Respiratorio | <input type="checkbox"/> Síndrome de Asperger |
| <input type="checkbox"/> HIV | <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> ADHD |
| <input type="checkbox"/> Disorden Hemorragia | <input type="checkbox"/> Embarasada | <input type="checkbox"/> ADD |

Otro _____

Es la Primera Visita _____ Fecha _____

Su hijo/a ha tenido rayos X en otro denstista? _____

Que problema en particular tiene su hijo/a? _____

Su hijo/a a tenido alguna reaccion unfavorable con otro denstista? _____

Su hijo/a tiene alguna maña que hace con su boca? _____

(porfavor llenar los dos lados)



Nombre de Madre/Guardian _____ Relación _____

Dirección _____

Numero Telefonico _____ Numero de Celular _____

Fecha de Nacimiento _____ Numero de Seguro _____

Numero de Licencia _____

Lugar de empleo _____ Numero Telefonico _____

Ocupacion _____

Aseguransa Dental _____

Numero del Grupo _____ Numero de Identificacion _____

Nombre de Padre/Guardian _____ Relacion _____

Direccion _____

Numero Telefonico _____ Numero de Celular _____

Fecha de Nacimiento _____ Numero de Seguro _____

Numero de Licencia _____

Lugar de empleo _____ Numero Telefonico _____

Ocupacion _____

Aseguransa Dental _____

Numero del Grupo _____ Numero de Identificacion _____

Contacto alternativo _____ Numero Telefonico _____

(Que no viva con usted)

Relacion de paciente _____

La informacion es exacta y completa segun mi entendimiento y estoy dando mi consentimiento para su uso y revelacion de mi informacion de salud que esta protegida para el tramamiento, pagos, y cuidado de las operaciones de salud. No hare a Boozer Trabajo Dentales o a ningun miembro the este empleo responsable por cualquier error o misiones que yo haya hecho en esta forma. Tambien entiendo que yo soy responsable por cualquier cargo aunque sea o NO sean pagados por mi aseguransa.

Firma _____ Fecha _____