

FORMULARIO DE REGISTRACION DEL PACIENTE

Bienvenido a la GDC Smiles! Para ayudarnos a servirle mejor, por favor complete el siguiente formulario confidencial.

La información que usted nos proporciona es importante para poderlo/a registrar como paciente de nuestra clínica.

Fecha de hoy ____ / ____ / ____

Nombre del paciente (completo) _____

Cual es el nombre preferido del paciente?: _____ Sexo: M _____ F _____

Fecha de Nacimiento del paciente: Mes: ____ Día: ____ Año: _____

Celular: _____ Tel de la Casa: _____

Email: _____

Dirección: _____ Ciudad _____ Estado _____ Zip _____

Soltero/a

Casado/a

Nombre su esposo/a _____ Tel del Esposo/a: _____

Contacto de Emergencia _____ Relación _____ Tel: _____

Como fue que escucho o supo de nosotros?: _____

Nombre de la personal que lo refirió a nosotros: _____

Le preguntamos por el nombre de la persona que lo/a refirió a nosotros por que le queremos expresar nuestra gratitud por su confianza hacia nosotros. Nuestra clínica esta comprometida a tratar a todos nuestros pacientes con el mejor servicio al cliente que podamos brindar. Si por alguna razón usted piensa que debemos mejorar en alguna área o no esta satisfecho/a por favor enviennos un email a customerservice@galldental.com con su comentarios.

FACTURACIÓN, CRÉDITO, E INFORMACIÓN DEL SEGURO DENTAL:

NO Seguro Dental

YES Seguro Dental - Nombre de la compañía de seguros: _____

Por favor, proporcione copia de su tarjeta de seguro a nuestra especialista de seguros que con gusto le ayudará a obtener la información necesaria .

Social Security #: _____

Licencia o ID# _____
(Por favor entréguele su ID a la recepcionista para tomar una copia de ella)

Ocupación: _____

Empleador: _____

Que días y a que hora prefiere que le demos sus citas dentales?: _____

Como prefiere que nos comuniquemos con usted (marque todas las que apliquen): _____ Llamadas

*Por favor note que nosotros usaremos la dirección de sus casa para enviarle sus estados de cuenta,

_____ Textos

cobros de balances sin pagar y otra comunicación escrita necesaria.

_____ Emails

_____ Cartas

Firma del Paciente/Guardian: _____

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ **FECHA DE NACIMIENTO:** _____

Marque **SI** o **No**

Ha tenido o tiene alguna de las siguientes condiciones?:

- SI No -Válvula de corazón artificial / Stents
- SI No -Previa Endocarditis infecciosa
- SI No -Daño de las válvulas del corazón
- SI No -Defecto cardiaco congénito (CDH)
- SI No -Reemplazo de rodilla, articulación o cadera. **Fecha:** _____
- SI No -Angina: dolor en el pecho durante ejercicio
- SI No -Soplo en el corazón
- SI No -Ataque al corazón / Derrame Cerebral
- SI No -Marcapaso
- SI No -Fiebre Reumática / Cardiopatía Reumática
- SI No -Cáncer / Quimioterapia / Radioterapia
- SI No -Tuberculosis
- SI No -Asma
- SI No -Bronquitis / Enfisema / Sinusitis Frecuentes
- SI No -Presión Arterial Alta / Presión Arterial Baja
- SI No -Síndrome o Insuficiencia Renal / Diálisis
- SI No -Hepatitis o otras enfermedades del hígado
- SI No -Diabetes I / II
- SI No -Enfermedades de transmisión sexual
- SI No -Epilepsia / Convulsiones / Desmayos
- SI No -Desordenes Mentales / Emocionales
- SI No -SIDA o HIV positivo
- SI No -Migrañas o dolores de cabeza frecuentes
- SI No -Transfusión Sanguínea ****Fecha:** _____
- SI No -Anemia / Otros desordenes de la Sangre
- SI No -Sangrado anormal después de cirugía o trauma
- SI No -Problemas de Tiroides
- SI No -Artritis
- SI No -Fibromialgia / Síndrome de dolor crónico
- SI No -Reflujo gastroesofágico / Ardor en el estomago
- SI No -Desorden alimenticio
- SI No -Desorden del sueño

Fuma o mastica tabaco? SI NO
 Cuantos al dia ? _____ Desde cuando? _____

Historia de alcoholismo y/o drogadicción? SI NO
 Desde cuando? _____ Se ha rehabilitado? _____

Historia Familiar: problemas del corazón, riñones, hígado, cáncer, sistema inmune, neurológico, Presión Alta BP, derrame, diabetes. SI NO

- SI NO Se considera una personal saludable y con buena condición general?
- SI NO Ha estado usted hospitalizado o tenido cirugía en los últimos 3 años? -De que?: _____
- SI NO Tiene otra condición/es no mencionada aquí que debamos saber? -Cual/es?: _____
- SI NO Tiene medico de cabecera? Provea el Nombre: _____ TEL: _____

Certifico que he leído y entendido lo anterior y los datos recogidos en este formulario son exactos. Entiendo la importancia de una historia medica veraz y entiendo que el dentista y su personal se basarán en esta información durante mi tratamiento o el de mi hijo/a. Reconozco que las inquietudes sobre las preguntas de este formulario han sido respondidas satisfactoriamente. No hare responsable al dentista, o cualquier otro miembro de su personal por las medidas que adopten o no se tomen debido a errores u omisiones que yo pueda haber cometido al llenar este formulario. Entiendo que soy plenamente responsable de comunicar al personal de GALLO DENTAL CARE cualquier cambio con respecto a mi condición médica o la de mi hijo/a en futuras visitas.

Tiene usted ALLERGIA a alguno de los siguientes?:

- SI No -Materiales de Latex
- SI No -Penicilina
- SI No -Otros antibioticos. Cuales? _____
- SI No -Anestésico Local ("Novocaina")
- SI No -Codeina u otros narcoticos
- SI No -Sulfas
- SI No -Barbituratos, sedativos, o pildoras para dormir
- SI No -Aspirina
- SI No -Otras Alergias: _____

Esta tomando o ha tomado en los últimos 12 meses alguno de los siguientes medicamentos?:

- SI No -Aspirina
- SI No -Anticoagulantes (Plavix, Coumadin, etc)
- SI No -Antibioticos o Sulfas
- SI No -Medicamentos para la presión arterial
- SI No -Antidepresivos o Tranquilizantes
- SI No -Insulina, Orinase, u otra droga para la diabetes
- SI No -Digitalicos (ex, Dogoxina)- para el Corazon
- SI No -Nitroglycerina
- SI No -Cortisona u otros Esteroides
- SI No -Bifosfonatos (ex, Fosamax)- Para la Osteoporosis
- SI No -Suplementos y vitaminas
- SI No -Otros. **Lista:** _____

Ha tomado usted en los pasados 5 años los siguientes?:

- SI No -Cortisona u otros esteroides
- SI No -Bifosfonatos (-e.g. Fosamax) para la Osteoporosis

ALTURA: _____ **PESO:** _____

SOLO PARA MUJERES:

- SI No -Esta embarazada? Semanas: _____
- SI No -Esta amamantando? Edad del bebe: _____
- SI No -Esta tomando hormonas o anticonceptivos?

FIRMA DEL PACIENTE / GUARDIAN del Menor _____

Relación con el paciente _____

FECHA _____

Para ser completado por el Dentista

ASA PS Clasificación: _____ **Es necesaria una Consulta Medica?:** SI NO **BP:** _____ **Pulso:** _____

Comentarios: _____

FIRMA DEL DENTISTA _____

HISTORIA DENTAL del Paciente

SPA

NOMBRE DEL PACIENTE _____

FECHA DE NACIMIENTO _____

CUAL ES EL MOTIVO DE SU VISITA HOY? _____
 CUANDO FUE SU ULTIMA VISITA AL DENTISTA? _____ QUE LE REALIZARON ESA VEZ? _____
 CADA CUANTO VISITABA AL DENTIST ANTES? _____ DENTISTA ANTERIOR (Nombre y Localización) _____
 LE HAN TOMADO UNA SERIE DE RADIOGRAFIAS? _____ CUANDO Y DONDE? _____
 CADA CUANTO SE CEPILLA LOS DIENTES? _____ USA EL HILO DENTAL? _____ CADA CUANTO? _____
 SABE SI EL AGUA POTABLE DE SU CASA TIENE FLUOR? _____ YES _____ NO

	SI	NO		SI	NO
Sangran sus encías al cepillarse o usar el hilo dental?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Se muerde sus labios o mejillas constantemente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Son sus dientes sensibles a comida o líquidos fríos ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ha notado que tiene algún diente o dientes flojos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Son sus dientes sensibles a comida o líquidos dulces ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Le quedan alimentos o seda dental atrapados entre los dientes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tiene dolor en alguno de sus dientes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ha tenido algún tratamiento periodontal (encías)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tiene llagas o protuberancias en o cerca de la boca?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ha usado una placa de mordida u otro dispositivo oral?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ha sufrido alguna lesión en al boca, cabeza, o/y cuello?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ha tenido dificultades durante una extracción en el pasado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ha experimentado alguno de los siguientes problemas:			**Ha tenido alguna vez sangrado prolongado después de una extracción.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ruido en la mandíbula.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	**Usa usted dentaduras o parciales.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolor (articulación, oído, lado de la cara).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Por favor provea la fecha en que las empezó a usar:		
Dificultad al abrir y cerrar la mandíbula.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____		
Dificultad al masticar.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Sufre de dolores de cabeza frecuentes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alguna vez ha recibido instrucciones de higiene oral acerca del cuidado de sus dientes y sus encías?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tiene bruxismo o rechina sus dientes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

SI USTED PUDIERA CAMBIAR ALGO ACERCA DE SU SONRISA, QUE SERIA?

AUTORIZACION Y LIBERACION DE INFORMACION:

YO CERTIFICO QUE HE LEIDO Y COMPRENDIDO LA INFORMACIÓN QUE HAY ARRIBA A MI SABER Y ENTENDER. HE RESPONDIDO LAS PREGUNTAS ANTERIORES CON EXACTITUD. ENTIENDO QUE PROPORCIONAR INFORMACIÓN INCORRECTA PUEDE SER PELIGROSO PARA MI SALUD. AUTORIZO AL DENTISTA A DAR CUALQUIER INFORMACIÓN INCLUYENDO EL DIAGNÓSTICO Y LOS REGISTROS DE CUALQUIER TRATAMIENTO O EXAMEN PRESTADOS A MÍ O MI HIJO/A DURANTE EL PERÍODO DEL CUIDADO DENTAL A TERCEROS PAGADORES Y / O PROFESIONALES DE LA SALUD .

YO AUTORIZO Y SOLICITO A MI COMPAÑÍA DE SEGUROS PAGARLE DIRECTAMENTE A GALLO DENTAL CARE, LLC LO QUE POQUE DE OTRO MODE SERIA PAGADERO A MÍ. ENTIENDO QUE MI SEGURO DENTAL PUEDE PAGAR MENOS QUE LA CUENTA REAL DE SERVICIOS DENTALES QUE MI HIJO/A O YO VAMOS A RECIBIR . YO ESTOY DE ACUERDO EN SER EL UNICO/A RESPONSABLE DEL PAGO FINAL POR TODOS LOS SERVICIOS DENTALES PRESTADOS EN MI NOMBRE O MIS DEPENDIENTES.

FIRMA DEL PACIENTE / GUARDIAN DEL MENOR

RELACION CON EL PACIENTE

FECHA

FIRMA DEL DENTISTA

FECHA

COMENTARIOS DEL DENTISTA: _____