



## Forma de Registro

### **Información General**

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Primer nombre                      segundo nombre                      Apellido

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Genero: ( H / M / O ) Estatura: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_ Casado/soltero/a: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Número, calle /Apt #                                      Ciudad                                      Estado                                      Código postal

Correo Electronico: \_\_\_\_\_ Nombre de padre/Guardian (menor de edad) \_\_\_\_\_

Nombre de Doctor: \_\_\_\_\_ Numero de teléfono: \_\_\_\_\_

Dentista General: \_\_\_\_\_ Numero de teléfono: \_\_\_\_\_

Doctor Particular: \_\_\_\_\_ Numero de Telefono: \_\_\_\_\_

### **Facturación y información de Seguro**

Principal de Seguro Nombre: \_\_\_\_\_ Medico / Dental

Nombre de Tenedor de Póliza: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Numero de I.D. : \_\_\_\_\_ Numero grupo de Plan: \_\_\_\_\_

Numero telefónico de Seguro: \_\_\_\_\_

Seguro Secundario: \_\_\_\_\_ Medico / Dental

Nombre en la Poliza: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Numero de I.D.: \_\_\_\_\_ Numero grupo de Plan: \_\_\_\_\_

Numero telefónico de Seguro: \_\_\_\_\_

### **Información de Persona Responsable**

Nombre de Persona Responsable de su cuenta: \_\_\_\_\_ Relación al Paciente: \_\_\_\_\_

### **Consentimiento para dar información**

Como nuestro paciente, nosotros vamos a mantener su confidencialidad financiera, condiciones Médicas o Tratamiento privado.

Favor de listar personas, cuales usted nos autoriza para discutir sus detalles de cita y/o detalles de pago/s o información de salud.

Nombre de Persona: \_\_\_\_\_ Relación a Paciente \_\_\_\_\_

Nombre de Persona: \_\_\_\_\_ Relación a Paciente: \_\_\_\_\_

### **Favor de Firmar debajo**

Firma de Paciente / Persona Responsable: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

## Forma de Registro

### Tiene algunos/as condiciones mencionadas debajo?

1. S  N  Enfermedad Pulmonal
2. S  N  Asma
  
3. S  N  EPOC enfermedad
4. S  N  Apnea del sueño  
Uso de Maquinna CPAP? \_\_\_\_\_
5. S  N  Covid-19  
Estuvo hospitalizado? \_\_\_\_\_  
Tiene efecto resual efecto pulmonal  
(problema de respiracion ) problema cardiaco? \_\_\_\_\_  
Favor de explicar: \_\_\_\_\_  
Perdida del gusto y el olfato? \_\_\_\_\_
6. S  N  Tumor y/o Malignidad
7. S  N  VIH/Sida
8. S  N  Baja Precion
9. S  N  Alta Precion
10. S  N  Colesterol Alto  
S  N  Glaucoma
12. S  N  Diabetes
13. S  N  Fiebre del heno
14. S  N  Anemia
15. S  N  Tuberculosis
16. S  N  Enfermedad de Tiroides
17. S  N  Ictericia
18. S  N  Enfermedad del hígado
19. S  N  Hepatitis  
Tipo \_\_\_\_\_
20. S  N  Enfermedad del Rinon
21. S  N  Ulcers
22. S  N  Fainting Spells
23. S  N  Trastorno Inmunosuprimido
24. S  N  Fiebre Reumatica
25. S  N  Perdida de Audicion
26. S  N  Epilepsia/Convulsiones  
Ultimo Episodio? \_\_\_\_\_
  
27. S  N  Trastorno Hemorrágico Prolongado
28. S  N  Enfermedad Venérea de Transmisión Sexual
29. S  N  Herpes
30. S  N  Enfermedad Cardiaca
31. S  N  prolapso de la válvula mitral
32. S  N  Insuficiencia Cardíaca Congestiva
33. S  N  Soplo Cardiaco

### Have you ever had any of the following?

34. S  N  Cáncer  
Si, que ano? \_\_\_\_\_
35. S  N  Quimioterapia  
Si, cuando? \_\_\_\_\_
36. S  N  Radiacion  
Si, cuando? \_\_\_\_\_
37. S  N  Stent Cardíaco Coronario  
Cuantos puestos? \_\_\_\_\_  
Cuando se colocaron? \_\_\_\_\_
38. S  N  Micción excesiva o sed
39. S  N  Está tomando o ha tomado en el pasado  
Bisphosphonatos o similar? (Prolia, Boniva  
Actonel, Aredia, Zometa, Xgeva, Fosamax, etc.)
  
40. S  N  Fuma Cigarros o mastica Tobacco?
41. S  N  Fuma, vapea, o el uso de cualquier producto  
Marijuana?
42. S  N  Tiene antecedentes o actualmente usa drogas  
recreativas? (como marijuana o  
Metamphetaminas?) \_\_\_\_\_  
Si dijo Si, cuando fue el ultimo dia del uso de la droga?  
\_\_\_\_\_
43. S  N  Ha tenido cirugia mayor?  
Por Favor explique: \_\_\_\_\_

### Esta alergico/a de unos de estos medicamentos?

44. S  N  Aspirina
45. S  N  Ibuprofen
46. S  N  Drogas Sulfas/Sulfactos
47. S  N  Penicillina
48. S  N  Codeina
49. S  N  Látex
50. S  N  Cinta de Adhesivo, Metal, Plasticos
51. S  N  Anestetico Local (Novacaina,  
Lidocaina)

### Mujeres:

52. S  N  Esta tomando Anticonceptivos?
53. S  N  Esta Embarazada?
54. S  N  Esta Amamantando?



## Forma de Registro

Favor de listar cualquier otro/a medicamento al cual usted este alérgico/a?

---

---

---

Si hay más explicación sobre cualquier pregunta arriba o quiere explicarse mejor o si tiene alguna pregunta personal en referencia de alguna pregunta que se le hace arriba, favor de listarlo.:

---

---

---

---

### Favor de listar todos medicamentos y la razón/condicion:

<hr/>	<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>	<hr/>

### Reconocimiento

Yo certifico que la información es verdadera y correcta, y que no he omitido nada de mi historia médica. Yo doy consentimiento para fotografías clínicas durante la acción de diagnóstico y durante el procedimiento quirúrgico para el uso del tratamiento, educación o fines de investigación.

Yo autorizo cualquier liberación de historia médica o información necesaria para procesar pago a mi Seguro y autorizo pago de beneficios al Cirujano/Proveedor Dentista.

Paciente/Firma de Guardian: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

### Cumplimiento de HIPAA

Yo reconozco que he recibido y leído y me han ofrecido una copia de la NOTIFICACION DE POLISAS DE PRIVACIDAD Y PRACTICAS Y DERECHOS. Yo Eh leído y recibido la notificación y entiendo mis derechos sobre las pólizas de privacidad de la oficina.

Paciente/Firma de Guardian: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_



## Forma de Registro

### Factura de Responsabilidad Financiera

Yo aceptó la responsabilidad financiera para todos los servicios representados por el cirujano/ proveedor Dentista. Un pago en la cuenta o copago de seguro será colectado al tiempo de servicio requerido si es requerido. Yo seré financiamiento responsable por todos los cargos que no estén cubiertos por mi seguro. Yo acepto pagar todas obligaciones financieras a su debido tiempo o entiendo y aceptó recibir cargos de interés en la velocidad que sea legalmente requeridos por la ley en casos de delincuencia. En algunos casos especiales un arreglo financiero puede ser agendado. Entiendo que un porcentaje de la cirugía puede que sea cubierto por el plan de seguro o plan médico. Entiendo que esfuerzos van a ser hechos antes de mi tratamiento para revisar el seguro para determinar cobertura y copagos. Yo seré responsable de todos pagos y copagos o deductibles o tratamiento que no sea cubierto por mi seguro. Yo me encargare de todos pagos el día de / o antes de mi cita. En el evento que mi seguro niegue mi reclamo después de que ya haiga recibido mi cirugía, yo entiendo que tendré la responsabilidad de el balance total de mi cuenta y tendrá que ser pagado respectivamente.

Parte Responsable Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Relación al Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Empleado Testigo: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_