



CHARDONNAY D E N T A L

Registro De Paciente

Nombre Del Paciente: _____ Fecha De Nacimiento: _____

Nombre De Conyuge: _____ Fecha De Nacimiento: _____

Direccion: _____ Ciudad: _____Codigo Postal: _____

Numero De Telefono: _____ Cell: _____Numero De Mensage: _____

Contacto De Emergencia: _____ Numero De Telefono: _____

Mejor método de contacto: Llamada o texto? _____

Correo Electrónico: _____

Si tiene cobertura de Aseguransa ocupamos la informacion de abajo:

Informacion De Aseguransa

Occupacion: _____ Empleado: _____

Numero De Telefono: _____ SS# _____

Occupacion De Conyuge: _____ Empleado: _____

Telefono: _____ SS# _____

#1 Primario

Nombre De Asegurado: _____

Aseguransa: _____ Direccion: _____

Group #: _____ Local #: _____

#2 Secundaria

Nombre Del Asegurado: _____

Nombre De Aseguro: _____ Direccion _____

Group #: _____ Local #: _____

INFORMACION DE CREDITO

Entidad Responsable: _____

Por la presente autorizo Chardonnay Dental para prestart servicios dentales en la persona nombrada arriba. Yo soy la persona nombrada/tutor legal. Estoy de acuerdo en pagar todas las cuotas en la fecha de servicio a menos que se hayan hecho arreglos financieros especificos. Mi firma abajo comunicados asignación de Seguro Beneficios para Chardonnay Dental. En el caso de que la acción legal se lleva a recoger una cantidad adeudado a Chordannay Dental, la parte ganadora tendrá derecho a la adjudicación de un honorario del abogado razonable, y el lugar será en el condado de Benton, Washington.

Firma: _____ Fecha: _____

Historia de pacientes de salud dental

Nombre de Paciente _____

Queja dental actual o la preocupación del paciente: _____

¿Enfermedad de las encías? _____

Fecha de última visita dental y rayos x: _____

Nombre del medico: _____

¿Está tomando algún medicamento en este momento? Por favor, a enumerarlos aquí:

¿TIENE UNA CONDICIÓN MÉDICA QUE REQUIERE PRE-MEDICATION ANTES A TRABAJO DENTAL?

ALGUNA VEZ FUE DIAGNOSTICADO Ó TRATADO POR:

	No	Si	
Explique Enfermedad del corazón que incluyen:			
Soplo del corazon-----	_____	_____	_____
Fiebre Reumatica-----	_____	_____	_____
Marca Pasos-----	_____	_____	_____
Reemplazamiento de la valvula----	_____	_____	_____
Ataque al corazon-----	_____	_____	_____
Sirugia-----	_____	_____	_____
Presion adnormal de la sangre	_____	_____	_____
Ulceras-----	_____	_____	_____
Tuberculosis o Enfermedad Pulmona-----	_____	_____	_____
Diabetes-----	_____	_____	_____
Anemia-----	_____	_____	_____
Cancer-----	_____	_____	_____
Enfermedades Venereas-----	_____	_____	_____
Asthma-----	_____	_____	_____
Hepatitis-----	_____	_____	_____
Arthritis-----	_____	_____	_____
Resultado positivo al HIV-----	_____	_____	_____
Usa cocaína u otra droga?-----	_____	_____	_____
Es Ud. Alergico A:			
Are you allergic to:			
Penicilina-----	_____	_____	_____
Penicillin			
Codin-----	_____	_____	_____
Codeine			
Anestesia Local-----	_____	_____	_____
Local Anesthesia			
Sulfa-----	_____	_____	_____
Sulfur			
Guantes de Latex-----	_____	_____	_____
¿Otro tipo de alergias?-----	_____	_____	_____
¿Fumas?			
¿Sangra Ud. Demasiado? No Si (Yes) _____			
¿Esta Ud. Embarazada? No Si (Yes) _____ Fecha (Date) _____			
¿Alguna otra complicacion medica? Other medical complications? _____			