CHARDONNAY
DENTAL

REGISTRACION DEL PACIENTE

Nombre del Paciente: _____ **Fecha de Nacimiento:** _____

Nombre del Padre: _____ **Fecha de Nacimiento del Padre:** _____

Nombre de la Madre: _____ **Fecha de Nacimiento de la Madre:** _____

Direccion Postal: _____ **Ciudad:** _____ **Codigo Postal:** _____

Telefono en casa: _____ **Cell:** _____ **Telefono de mensajes:** _____

Nombre de un familiar cercano: _____ **Telefono:** _____

Referido por: _____

Mehor método de Contacto: Llamada o Texto? _____

Correo electrónico: _____

Si tiene cubertuda de Aseguransa ocupamos la información de abajo:

INFORMACION DE ASEGURO

Ocupacion Del Papa: _____ **Empleador:** _____

Telefono Del Trabajo: _____ **SS#** _____

Ocupacion De La Mama: _____ **Empleador:** _____

Telefono Del Trabajo: _____ **SS#** _____

#1 Primario **Nombre Del Asegurado:** _____

Nombre De Aseguro: _____ **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 el nino nombrado arriba. Yo soy el padre/tutor legal. Estoy de acuerdo en pagar todas las cuotas en la fecha de servicio a menos que se hayan hecho arreglos financieros específicos. Mi firma abajo comunicados asignación de seguro beneficios para Chardonnay 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

Signature: _____ **Date:** _____

Nombre Del Paciente: _____**Fecha:**_ _____

Queja Dental actual o la preocupacion del paciente:_____

Fecha e ultima visita dental y radiografias: _____**Nombre De Dr Medico:** _____

Esta tomando medicamentos? Cuales son?: _____

Tiene una condicion medica que require premedicaion antes del trabajo dental?

_____

Alguna ves fue diagnosticado o tratado por?:

	No	Si	Esplique
Enfermedad De Corazon:			
Soplo De Corazon----------	_____	_____	_____
Fiebre Reumatica----------	_____	_____	_____
Marcapasos----------	_____	_____	_____
Reemplazo De Valvula ----------	_____	_____	_____
Ataque Al corazon ----------	_____	_____	_____
Cirugia De Derivacion----------	_____	_____	_____
Baja o Alta Precion---- ----------	_____	_____	_____
Ulceras----------	_____	_____	_____
Tuberculosis o Enfermeda De Pulmon--------	_____	_____	_____
Diabetes----------	_____	_____	_____
Anemia----------	_____	_____	_____
Cancer----------	_____	_____	_____
Enfermedades Venereas----------	_____	_____	_____
Asthma or Hay Fever----------	_____	_____	_____
Hepatitis----------	_____	_____	_____
Arthritis----------	_____	_____	_____
Joint Replacement---------- ----------	_____	_____	_____
VIH positivo (Aids)----------	_____	_____	_____
Cocaina o Otra Droga?----------	_____	_____	_____
Convulsiones----------	_____	_____	_____
Retraso en el Desarrollo----------	_____	_____	_____
Desarrollo TDAH----------	_____	_____	_____

Tiene Alergias A:

Penicilina----------	_____	_____	_____
Codin----------	_____	_____	_____
Anestesia Local ----------	_____	_____	_____
Sulfa----------	_____	_____	_____
Latex----------	_____	_____	_____
Otro tipo de Alergias? ----------	_____	_____	_____
Sangra Demasiado?	_____	_____	_____

Esta Embarasada? **No**_____ **Si** _____ **Date Due**_____

Alguna otra complicación medica?

_____