

Manchester RVA Dental

Información del Paciente

Por favor llene la aplicación completamente por ambos lados.

Nombre: _____ Fecha: _____
Apellido Nombre Inicial del segundo nombre

Hombre Mujer Casado(a) Soltero(a) Niño(a) Otro(a) Apodo: _____
o nombre preferido

Social: _____ - _____ - _____ Fecha de nacimiento: _____ / _____ / _____
Mes Día Año

Correo Electrónico _____

Casa: _____ # Celular: _____ # Trabajo: _____ (Ext.) _____

Horas en las que prefiere su cita: Mañana Tarde Noche (Martes, Miércoles y Jueves)

A cualquier hora martes Miércoles Jueves Viernes Sábado

Dirección: _____
Calle #Apartamento

Ciudad

Estado

Código Postal

***Solicitamos su E-mail para que podamos enviarle recordatorios electrónicos para sus citas de modo que podrá confirmar su cita con un 'click'!

**Solicitamos el número de su celular para poder contactarle el día de su cita por cualquier emergencia.

Información de su salud

Fecha de la última visita al dentista: _____ Razón de la visita de hoy: _____

¿Ha tenido/tiene alguno de los siguientes? Por favor marque (o) solo los que apliquen y afecten las visitas al dentista:

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Epilepsia | <input type="checkbox"/> Ictericia |
| <input type="checkbox"/> Alergias: _____ | <input type="checkbox"/> Sangramiento excesivo | <input type="checkbox"/> Enfermedad de los riñones |
| <input type="checkbox"/> Alergia a la codeína | <input type="checkbox"/> Desmayos | <input type="checkbox"/> Enfermedad del hígado |
| <input type="checkbox"/> Alergia a la penicilina | <input type="checkbox"/> Glaucoma | <input type="checkbox"/> Enfermedad mental |
| <input type="checkbox"/> anemia | <input type="checkbox"/> Crecimientos | <input type="checkbox"/> Problemas con los nervios |
| <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Fiebre del heno | <input type="checkbox"/> Marcapasos |
| <input type="checkbox"/> uniones artificiales | <input type="checkbox"/> Lesiones en la cabeza | <input type="checkbox"/> Embarazo |
| <input type="checkbox"/> Derrame cerebral | <input type="checkbox"/> Enfermedad del corazón | Fecha de espera: _____ |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad sanguínea | <input type="checkbox"/> Murmuro coronario | <input type="checkbox"/> Tratamiento de Radiación |
| <input type="checkbox"/> Cancer | <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> Problemas de sinusitis |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Presión alta | <input type="checkbox"/> Problemas estomacales |
| <input type="checkbox"/> Mareos | <input type="checkbox"/> Presión baja | <input type="checkbox"/> VIH |

Numero de Farmacia _____

Firma de Dr. _____

- ¿Alguna vez ha tenido complicaciones después de un tratamiento dental? Si No

Por favor explique en detalle: _____

- ¿Tiene que tomar medicamentos antes de su cita con el dentista? Si No.

Que medicamento? _____

- ¿Ha sido admitido a un hospital o necesito cuidado de emergencia durante los últimos dos años? Si No

Por favor explique en detalle: _____

- ¿Está bajo el cuidado de un doctor? Si No

Por favor explique en detalle: _____

• Nombre de su doctor: _____ Teléfono: _____

• ¿Tiene algún otro problema médico del cual tengamos que saber? Si No

Por favor explique en detalle: _____

Contacto de Emergencia: _____

Información de la persona responsable del pago

La siguiente información es de: esposo(a) del paciente Yo mismo(a) (información en primera página) padre o responsable del pago.

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____

Apellido Nombre Mes Día Año

Hombre Mujer Casado(a) Soltero(a) # Social: ____ - ____ - ____

Dirección: _____

Calle #Apartamento

Ciudad Estado Código postal

Información de su trabajo

La siguiente información es de: paciente

padre o responsable del pago.

Nombre de la compañía: _____

Número de Teléfono: _____ Su ocupación: _____

Dirección: _____

Calle #Apartamento

Ciudad Estado Código postal

Información de su seguro

Nombre del asegurado: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____

Apellido Nombre

Parentesco del asegurado al paciente: Ud mismo Padre Esposo(a)

Compañía donde trabaja el asegurado: _____ Nombre del seguro: _____

#de teléfono del seguro: _____ #Id: _____ #de grupo: _____

Dirección del seguro: _____

Calle Ciudad Estado Código postal

Consentimiento para brindarle nuestros servicios

Al firmar este documento, yo certifico que toda la información que se encuentra inscrita en el este documento es verdadera y precisa. Yo entiendo que el doctor no es responsable por complicaciones que ocurran por mi culpa al no haberle dicho la verdad de mis condiciones médicas. También me hago responsable al firmar, de todos los cargos financieros del tratamiento que den en esta clínica. Entiendo que hay un honorario de cuentas atrasadas por más de 60 días de 1.5%. Doy permiso al doctor y a su facultad para que me llamen por teléfono para discutir mi salud y el arreglo de pago para mi tratamiento.

Yo he leído y entendido las condiciones inscritas en este documento sobre mi tratamiento y el pago respectivamente. Al firmar, confirmo que entiendo y estoy de acuerdo con su contenido.

Firma del paciente, padre o guardián legal.

Fecha

Parentesco con el paciente

Firma de la persona responsable por el pago (si no es el paciente)

Fecha

Parentesco con el paciente

Información de referencia

¿ A quién podemos agradecer por referirlo (a) a nuestra clínica?

Valpack Escuela Radio Páginas amarillas Televisión

Periódico Hospital / Clínica ¿ Encontró nuestra tarjeta en otro negocio?

Otro dentista: _____

Nombre de la persona que lo/la refirió a nuestra clínica: _____

Uno de nuestros empleados: _____