

Nuestro pacientes tam bien son nuestros amigos. Nos gustaria obtener mas informacion sobre usted para conocerlo mejor.

Información del Paciente

Fecha _____	Edad _____	Sexo M / F _____
Nombre del Paciente _____		
_____	_____	_____
Domicilio _____		
_____	_____	_____
_____	_____	_____
Telefono _____	Fecha Nacimiento _____	No. de Seguro Social _____
Si el paciente es menor de edad, nombre de la persona responsable _____		
Quien lo refirio a nuestra oficina? _____		
Quien es su dentista regular? _____ E-Mail _____		

Información Sobre la Persona Responsable

Nombre _____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
Domicilio _____			
_____	_____	_____	_____
Domicilio de Correo _____			
_____	_____	_____	_____
Cuanto tiene viviendo ahi? _____	Telefono _____	No. de Trabajo _____	_____
Domicilio Anterior (sies menos de 3 anos.) _____			
_____	_____	_____	_____
No de Seguro Social _____	Fecha de Nacimiento _____	Relacion con el Paciente _____	_____
Empleador _____	Ocupación _____	Años Empiado _____	_____
Nombre del Conjuje _____			
_____	_____	_____	_____
Empleador _____	Ocupación _____	Años Empiado _____	_____
No de Seguro Social _____	Fecha de Nacimiento _____	No. de Trabajo _____	_____

Información de Seguro

Nombre del Asegurado _____	Tiene cobertura doble? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Cobertura ___% _____
Fecho de Nacimiento _____	Si la res:	Dia Eft. _____
No. de Seguro Social _____	Nombre del Asegurado _____	Eligibilidad _____
Co. de Seguro _____	Fecha de Nacimiento _____	_____
No. de Grupo _____ No. Local _____	No. de Seguro Social. _____	NOTAS:
Domicilio de la Co. de Seguro _____	Co. de Seguro _____	_____
_____	No. de Grupo _____ No. Local _____	_____
No. de la Co. de Seguro _____	Domicilio de la Co. de Seguro _____	_____
_____	_____	_____
_____	No. de la Co. de Seguro _____	_____
YO POR ESTE MEDIO AUTORIZÓ TODO PAGO DIRECTO A YOSSI BAR-ZION, DDS, MS, INC, D.D.S. DEL GRUPO DE SEGURO POR SERVICIOS RENDIDOS Y TODO MAYOR BENEFICIOS MEDICOS		
_____	_____	_____
FIRMA DEL ASEGURADO	(FECHA)	_____

Información de Emergencia

Nombre del pariente mas cercano que no viva con usted _____
Domicilio Completo _____
Telefono _____

Yo entiendo que un reporte de credito puede ser obtenido, si es necesario.

Firma (Del padre, si el paciente es menor de edad) _____

Poner al dia (fecha y inicial) _____

Esta el paciente en Buena salud? Si _____ No _____

Esta el paciente bajo el cuidado de un doctor medico? _____

Si la respuesta es si, explique _____

Esta tomando algun medicamento? _____

Si la respuesta es si, explique _____

Tiene el paciente una historia de los siguientes: (marque si o no)

- | | | | | | |
|---|---|---|---|--|---|
| S N | S N | S N | S N | S N | S N |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Resfriados Frecuentemente | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Alergias | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Mareos o desmayos | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Sida | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Arthritis |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Problemas del Corazo | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Diabetis | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Enfermedad del higado o riñomes | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> T.B. | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Desordendela sangre | |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Fiebre Rheumatic | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Dañoal cerebra | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Epilepsia | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Difficultades e noir | |

o cualquier otra enfermedad, favor de explicar: _____

Le han removido tonsils y adnoids? _____

Ha tomado Phen-Fen o Redux anteriormente? Si No Si la respuesta es si, for cuanto tiempo? _____

Marque si o no, si ha tenido cualquiera de estos habitos:

- | | | | |
|--|--|---|--|
| S N | S N | S N | S N |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Chupar el dedo | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Respirar por la boca | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Moler los diente | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Morder la lengua |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Morder las uñas | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Empujar la lengua hacia adelante | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Problemas al hablar | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Respira abnormal |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Chupar la lengua | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Morderlos labios | | |

Como se siente el paciente tener frenes? _____

Le han removido dientes a algun padre por causa de arntonarniento? _____

Tiene otro pariente esa misma condicion? _____ Relacion _____

Ha tenido el paciente una reaccion negativa al cuidado medico o dental anteriormente? _____

La fecha del ultimo cuidado dental _____

Hay cualquier otra información que debemos saber sobre el paciente? _____

Favor de dar todos los nombres fecha de nacimientos y edades de los otros niños en la casa:

Hay otras personas que estan siendo vistas por Dr. Bar-Zion en este momento? Favor de dar los nombres:

Hay cualquier otra cos a que usted siente que Dr. Bar-Zion necesita saber sobre este paciente?

Es su obligación informarnos de cualquier cambio en salud.

Firma (del padre, si es menor de edad) _____

Para usa de la oficina solamente	Fecha:	Iniciales:
----------------------------------	--------	------------