



ANCIRA FAMILY DENTAL

DRA. CLAUDIA ANCIRA

COSMETIC-IMPLANTS-RESTAURATIVE

Informacion del paciente (Confidencial)

Nombre _____
 SS# _____
 Fecha De Nacimiento _____
 Domicilio _____
 Ciudad _____
 Estado/Codigo Postal _____

Principal Responsable

Nombre _____
 Relacion al Padre _____
 SS# _____
 Fecha De Nacimiento _____
 Ciudad _____
 Estado/Codigo Postal _____

A quien podemos agradecer por su referencia?

Facebook Google Manejando Otro: _____

Seguro Dental

Nombre de persona responsable de cuenta: _____
 Relacion al paciente _____
 SS# _____
 Fecha De Nacimiento _____
 Empleo _____
 Compania de Seguro _____
 Numero de Referencia _____

Si paciente tiene seguro adicional, llene lo siguiente:

Nombre de Asegurado _____
 Relacion al Paciente _____
 Compania de Seguro _____
 Numero de Seguros _____

Numero de Telefonos

Residencia # _____ Mobil # _____ Empleo # _____
 Mejor hora y lugar para localizar _____
 Correo Electronico _____

En caso de emergencia, a quien podemos contactar?

Nombre _____ Relacion al Paciente _____
 Residencia # _____ Mobil # _____ Empleo # _____

Historia Dental

Razon por la visita de hoy _____
 Dentista Previo _____ Ultima Visita Dental y Radiografias Previas _____

Reconocimiento del Recibo de *Notice of Privacy Practices*

Yo, _____, he recibido una copia de **Ancira Family Dental LLC**
 (Nombre del Paciente)
 Firma del Paciente/Guardian _____ Fecha _____

Para uso de oficina solamente (staff will fill out this section if patient's Signature is NOT obtained)

Our office made a good faith effort to obtain the Acknowledgment of Receipt of our *Notice of Privacy Practices*, but it could not be obtained for the following reason: _____ Patient Refused to sign
 _____ Emergency situation kept us from obtaining the patient's signature
 _____ Language barrier kept us from obtaining the patient's signature

Historia Medica

NOMBRE DE PACIENTE: _____

ID: _____
(SOLAMENTE PARA LA OFICINA)

Aunque para un equipo dental lo primordial es tratar la area dentro y fuera de la boca su boca es parte de su cuerpo. Los problemas medicos que usted pueda tener o algun medicamento que este tomando puede tener una importante relacion con el tipo de tratamiento dental que pueda recibir. Gracias por contestar las siguientes preguntas.

Si marca si, favor de explicar

Esta bajo el cuidado de algun Medico? Si No _____
 Alguna vez ha sido hospitalizado o ha tenido alguna operacion? Si No _____
 Ha tenido un golpe serio en el cuello o la cabeza? Si No _____
 Esta tomando algun medicamento? Si No _____
 Ha tomado o esta tomando Phen-Fen o Redux? Si No _____
 Esta en alguna dieta especial? Si No _____
 Ingiere tabaco? Si No _____

Mujeres: Estan _____

Embarzada/Tratando de concebir? Si No Tomando anticonceptivos? Si No Amamantando? Si No

Es alergico(a) a cualquiera de los siguientes? _____

Aspirina Penicilina Codeina Acilicos Metal Latex Anestesia Local Otros Si marco Si, favor de explicar: _____

Tiene o ha tenido alguno de los siguientes? _____

Sida/Vih Positivo	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Cortizona	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Hemofilia	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Dialisis Renal	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
Alzheimer's	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Diabetes	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Hepatitis A	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Fiebre Reumatico*	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
Anaphylaxis	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Addicion A Drogas	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Hepatitis B o C	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Reumatismo	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
Anemia	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Mareos Facilmente	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Herpes	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Escarlatina	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
Angina De Pecho	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Enfisema	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Alta Presion	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Shingles	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
Artritis	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Epilepsia	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Ronchas	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Celuta Faciforme	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
Valvulas Artificiales*	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Sangrado Excesivo	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Hipoglicemia	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Sinusitis	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
Articulaciones Artificiales*	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Sed Excesiva	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Latido Irregular De Corazon	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Spina Bifida	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
Asma	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Desmayos	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Problemas De Rinon	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Enfermedad Intestinal	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
Enfermedad De La Sangre	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Tos Frecuente	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Leucemia	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Embolia	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
Transfucion De La Sangre	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Diarrea Frecuente	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Enfermedad De Higado	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Inflamacion	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
Problemas Respiratorios	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Dolores De Cabeza	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Baja Presion	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Tyroides	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
Moretones Salen Facilmente	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Herpes Genital	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Enfermedad De Pulmon	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Amigdalitis	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
Cancer	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Glaucoma	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Prolapso Valvula Mitral*	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Tuberculosis	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
Quimioterapia	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Fiebre De Heno	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Dolor En Quijada	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Tumores	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
Dolores De Pecho	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Ataque Al Corazon	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Enfermedad Paratiroide	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Ulceras	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
Fuegos	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Soplo En Corazon*	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Cuidado Psiquiatrico	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Enfermedad Venerea	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
Problema De Corazon Congenito	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Marca Pasos*	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Tratamientos De Radiacion	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Ictericia Amarilla	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
Convulsiones	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Problemas De Corazon	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Perdida De Peso Reciente	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No		

Halguna vez ha tenido una enfermedad grave no mencionada arriba? Si No Si marca si, favor de explicar: _____

Comentarios:

*Condicion puede requerir medicamento

Para mi conocimiento, las preguntas en esta forma han sido contestadas correctamente. Entiendo que dar informacion falsa o incorrecta puede causarme o causar problemas con nuestra salud. Es mi responsabilidad informar a esta oficina de cualquier cambio con mi salud.

FIRMA DE PACIENTE O GUARDIAN _____ FECHA _____



ANCIRA FAMILY DENTAL

DRA. CLAUDIA ANCIRA

COSMETIC-IMPLANTS-RESTAURATIVE

Autorizacion para Servicio Dental Y Lanzamiento de Registros

Nombre De Paciente: _____

Fecha De Nacimiento: _____

Porfavor nombre a las personas que usted autorize para traer al paciente a nuestra oficina para sus servicios dentales.

	Nombre	Relacion al Paciente	Numero de Telefono
1			
2			
3			
4			
5			

Porfavor nombre a las personas que usted autorize para acceder los records dental.

	Nombre	Relacion al Paciente	Numero de Telefono
1			
2			
3			
4			
5			

Firma del Guardian

Fecha