



**Li Chou DDS**  
Cosmetic & Family  
Dentistry

## Registro de Paciente

Fecha \_\_\_\_\_ Account # \_\_\_\_\_

### Información de Paciente

Nombre \_\_\_\_\_  Hombre  Mujer  
Primer Nombre \_\_\_\_\_ Apellido \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Numero de Seguro Social \_\_\_\_\_ Estado Civil \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Numero de Aptó \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Teléfono-Casa # \_\_\_\_\_ Teléfono-Trabajo # \_\_\_\_\_ Teléfono-Celular # \_\_\_\_\_

Nombre de Contacto de Emergencia \_\_\_\_\_ # de Contacto de Emergencia \_\_\_\_\_

### Seguro Dental Primario

Nombre de la Persona Asegurada \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Seguro Social de Persona Asegurada \_\_\_\_\_ Relación al Paciente \_\_\_\_\_

Nombre de la Compañía de Empleo \_\_\_\_\_ Nombre de la Compañía de Seguro Dental \_\_\_\_\_

Numero de ID & Numero de Grupo Dental \_\_\_\_\_ Teléfono de Compañía de Seguro Dental \_\_\_\_\_

### Consentimiento a Tratamiento Dental:

Yo autorizo al doctor y personal designado que tomen radiografías, modelos de estudio, fotografías y que usen cualquier tipo de instrumento de diagnóstico que se considere apropiado por el médico para hacer un diagnóstico profundo de mis necesidades dentales. Después del diagnóstico, yo autorizo al médico para realizar todo el tratamiento recomendado siempre y cuando sea de mutuo acuerdo por mí y que emplean la asistencia que requiere ofrecer una adecuada atención. Estoy de acuerdo con el uso de anestésicos, sedantes y otros medicamentos cuando sea necesario. Comprendo perfectamente que el uso de agentes anestésicos encarna ciertos riesgos. Entiendo que puedo pedir un recital completo de las posibles complicaciones.

Iniciales \_\_\_\_\_

### Notificación de Privacidad (ACKNOWLEDGEMENT OF PRIVACY NOTICE)

Se me ha dado la oportunidad de leer y revisar la Notificación de Privacidad de este consultorio dental. Entiendo que de acuerdo a lo indicado por el acto del Estado federal, mi información de salud y personal no será revelada sin autorización adicional por escrito.

Iniciales \_\_\_\_\_

### Consentimiento Financiero (CONSENT TO FINANCIAL AGREEMENT)

Por último, me comprometo a ser responsable del pago de todos los servicios prestados en mi nombre o mis dependientes. Estoy de acuerdo en que seré responsable por cualquier y todos los gastos incurridos en esta oficina, y entiendo que el pago es debido en el momento de servicio a menos que otros arreglos de plan de pagos se han hecho. Yo entiendo que esta oficina ofrece planes de pago por amplio tratamientos dentales que requieren más de una cita para completar. Soy consciente de que si acepto un plan de pago todos los saldos deben ser pagados antes de la última cita o antes de que el tratamiento dental se ha completado.

En el caso que tengo seguro dental soy consciente y entiendo que en el caso que mi seguro dental no paga en su totalidad los cargos presentados por el dentista que yo será responsable de cualquier y todos los saldos relacionados con mi tratamiento dental. Yo entiendo que mi seguro dental es sólo un contrato entre yo, mi empleador y la compañía de seguro dental y de esta oficina dental no es un partido de dicho contrato, esta oficina dental no es un proveedor contratado.

Iniciales \_\_\_\_\_

### Historia Dental

#### Por favor marquen su respuesta:

¿Usted tiene sensibilidad al frío o caliente? Sí No

¿Usted tiene sensibilidad al masticar o morder? Sí No

¿Tiene mal aliento o mal sabor en la boca? Sí No

¿Sus encías sangran o duelen? Sí No

¿Tiene usted alguna dentadura, puente o coronas? Sí No

¿Tiene usted algún diente flojo o suelto? Sí No

¿Usted ha experimentado chasquido? Sí No

¿La comida le queda entre sus dientes? Sí No

¿Tiene dolor? Sí No

¿Tiene dificultad al masticar? Sí No

¿Tiene usted la boca reseca? Sí No

¿Usted rechina los dientes? Sí No

¿Usted fuma o usa tabaco? Sí No

**Alergias:** Por favor circule solo si es alérgico

Aspirina \_\_\_\_\_ Látex \_\_\_\_\_

Penicilina \_\_\_\_\_ Codeína \_\_\_\_\_

Solfa \_\_\_\_\_ Yodo \_\_\_\_\_

Anestesia Local \_\_\_\_\_

**Si usted es alérgico a otra cosa que no esta en esta lista por favor escríbelo:**

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente o Persona Responsable

\_\_\_\_\_  
Fecha

# Registro de Paciente

## HISTORIAL MEDICO

## Información Actual de Proveedor Medico

1. ¿Ha estado bajo el cuidado de un médico durante los últimos dos años?  
Sí No ¿Si respondió si por favor explique porque?

\_\_\_\_\_

2. ¿Ha estado tomando algún medicamento o droga en los últimos dos? Sí No

3. ¿Esta usted tomando algún medicamento o droga ahora? Sí No  
Si respondió si por favor anote el nombre y la dosis:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

4. ¿Este usted consciente de tener alguna reacción alérgica o adversa a algún medicamento o substancia? Sí No Si respondió si por favor anotar a que :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

5. \***Mujeres**, ¿Está embarazada? Sí No ¿Cuantos Meses? \_\_\_\_\_

6. Por favor circule solo las siguientes condiciones medicas que usted ha tenido en el pasado o que usted tiene ahora:

Corazón (cirugía, enfermedad, ataque)	Presión Alta	Asma	Cerebral
Ulceras	Lentes de Contacto	Moretones con Facilidad	Sinusitis
Hepatitis A o B	Herpes labial o Ampollas	Artritis	Epilepsia
Dolor de Pecho	Prolapso de la Válvula Mitral	Fiebre Alérgicas	Dieta Especial
Diabetes	Enfisema	Enfermedad del Hígado	Terapia de Radiación
Enfermedad Venérea	Transfusión de Sangre	Usa Cortisona	Desmayos
Cardiopatías Congénitas	Válvula de Corazón Artificial	Sensibilidad al Látex	Prótesis Articular
Problemas de la Tiroides	Tos Crónica	La Ictericia Amarilla	Quimioterapia
Sida	Hemofilia	Hinchazón de Tobillos	Ansiedad/Nerviosismo
Soplo del Corazón	Marcapasos	Alergias o Urticaria	Problemas de Riñones
Glaucoma	Tuberculosis	Problemas Neurológicos	Tumores
V.I.H. Positivo	Fiebre Reumática	Derrame Cerebral	Atención Psiquiátrica

7. ¿Tiene usted alguna enfermedad, condición o problema que no está en la lista? Sí No  
\*Por favor anote su enfermedad

\_\_\_\_\_

### Reconocimiento de Historial Médico:

Yo entiendo que la información en esta hoja es necesaria para proporcionarme atención dental de una manera segura y eficiente. He contestado todas las preguntas a lo mejor de mi conocimiento sobre mi estado y salud medico. En el caso si es necesario, usted tiene mi permiso para pedir a mi proveedor de atención médica o la agencia, información médica sobre mí. Yo voy a notificar al dentista de cualquier cambio en mi salud o medicamentos.

Iniciales \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del Paciente/Persona Responsable : \_\_\_\_\_

Firma del Paciente/Persona Responsable : \_\_\_\_\_

## Alerta Médica (uso de la oficina)