



ROYAL DENTAL / LALJI DENTAL P.C. INFORMACION DE NINOS

Bienvenido a nuestra oficina. Haremos lo mejor para que sus citas sean lo mas agradable y conveniente posible. Es nuestra poliza de oficina recibir pago en efectivo, cheque o tarjeta de credito por servicios prestados. Si tiene alguna pregunta referente a su tratamiento, citas o cuotas, sientese libre de preguntar. Como cortesia a nuestros pacientes, no se permite comer ni beber en la area de recepcion. Por favor conteste las siguientes preguntas y no deje ninguna en blanco.

Cuenta # _____

Nombre del paciente _____ Direccion _____

Cuidad _____ Estado _____ Codico _____ Fecha de nacimiento _____

Sexo: Masculino Femenino

Nombre del padre _____ Fecha de nacimiento _____ # de licencia _____

Empleado _____ Telefono _____ Ocupacion _____

Direccion _____ Compania de seguro _____

Seguro social _____ Paciente? Si No

Nombre de la madre _____ Fecha de nacimiento _____ # de licencia _____

Empleado _____ Telefono _____ Ocupacion _____

Direccion _____ Compania de seguro _____

Seguro social _____ Paciente? Si No

Si es aplicable, nombre del padrastro / madrastra quien carga seguro del paciente:

Nombre _____ Fecha de nacimiento _____ SS# _____

Empleado _____ Compania de seguro _____

Pariente cercano no viviendo con usted _____ Relacion _____

Telefono _____ Direccion _____

Proposito de su visita _____

Nombres de miembros de familia que son pacientes _____

Cuenta sera pagado por Efectivo _____ Cheque _____ Tarjeta de credito _____ El Doctor le dara presupuesto de las cuotas de hoy y pago se hace a ese tiempo. No se aceptan cheques temporales, tiene que tener licencia al coriente y numero de telefono de su trabajo.

Como escucho de nuestra oficina? _____

Es su nino(a) estudiante por tiempo completo? _____ Nombre de escuela _____

Necesitamos prueba de estado de estudiante por tiempo completo a quien son mayores de edad.)

Yo por este medio asigno todo beneficios dentales y medicos que me corresponden a LALJI DENTAL, P.C.. Una fotocopia de este asignamiento debe ser considerado valido como un original. Yo por este medio autorizo tal asignado para librar toda informacion necesaria para asegurar pago.

Firma _____ Fecha _____

HISTORIA MEDICA

Fecha _____

Nombre del paciente _____

Telefono _____

Para las siguientes preguntas marque si o no, o cualquier que sea aplicable. Sus respuestas son para nuestros registros solamente y seran considerados confidenciales.

- | | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|
| 1. Esta de buen salud?..... | Si | No |
| 2. A tenido algun cambio de salud durante el ano pasado?..... | Si | No |
| 3. Mi ultimo examen fisico fue en _____ | | |
| 4. Esta bajo cuidado de un medico?..... | Si | No |
| Si es así, para que condicion? _____ | | |
| 5. Nombre y direccion de mi medico _____ Telefono _____ | | |
| 6. A tenido alguna enfermedad seria, operacion o hospitalizacion en los ultimos 5 anos?..... | Si | No |
| 7. Esta tomando medicamento incluyendo medicina general? Por favor apuntaros..... | Si | No |
| 8. Tiene o a tenido alguno de las siguientes enfermedades o problemas? | | |
| a. Valvulas de corazon danados o artificiales o soplo cardiaco?..... | Si | No |
| b. Enfermedad rheumatica del corazon / fiebre rheumatica?..... | Si | No |
| c. Problemas del corazon, ataque del corazon, angina de pecho, alta pression, embolio o arterioesclerosis o otra condicion del corazon?..... | Si | No |

Explicarse: _____

- | | | |
|------------------------------------------------------------|----|----|
| 1. Dolor en el pecho?..... | Si | No |
| 2. Falta de respiracion despues de ejercicio ligero?..... | Si | No |
| 3. Se le hinchan los tobillos?..... | Si | No |
| Tiene: | | |
| a. Alergia?..... | Si | No |
| b. Problema de seno nasal?..... | Si | No |
| c. Asma o fiebres?..... | Si | No |
| d. Desmayos o ataques?..... | Si | No |
| e. Diabetes?..... | Si | No |
| f. Hepatitis, ictericia o enfermedad del higado?..... | Si | No |
| g. Frecuentes o reaparicion de llagas en la boca?..... | Si | No |
| h. Problemas del tiroides?..... | Si | No |
| i. Problemas de respiracion, enfisema, broncitis etc?..... | Si | No |
| j. Artitis o conyunturas inflamadas?..... | Si | No |
| k. Ulcera del estomago?..... | Si | No |
| l. Problema del rinon?..... | Si | No |
| m. Tuberculosis?..... | Si | No |
| n. Tos persistente o tos que produce sangre?..... | Si | No |
| o. Glangulos del cuello hinchados?..... | Si | No |
| p. Baja pression?..... | Si | No |
| q. Epilepsia o desorden neurologica?..... | Si | No |
| r. Problemas mentales?..... | Si | No |
| s. Cancer?..... | Si | No |
| t. Problemas del systema inmune?..... | Si | No |
| 9. A tenido sangrado abnormal?..... | Si | No |
| a. A necesitado transfusion de sangre?..... | Si | No |
| 10. Tiene algun desorden de sangre o anemia?..... | Si | No |
| 11. A tenido tratamiento para crecimiento de tumores?..... | Si | No |
| 12. Es alergico o tiene reaccion a: | | |
| a. Anestetico local?..... | Si | No |
| b. Penicillina o antibioticos?..... | Si | No |
| c. Drogas sulfuricas?..... | Si | No |
| d. Barbituricos o pastillas para dormir?..... | Si | No |
| e. Aspirina?..... | Si | No |
| f. Yodo?..... | Si | No |

- g. Codeina o narcoticos?..... Si No
 h. Otros?..... Si No
 13. A tenido algun problema serio con tratamiento dental previo?..... Si No
 Si es asi, explicarse: _____
 14. Tiene alguna condicion o enfermedad que debernos saber?..... Si No
 Si es asi, explicarse: _____
 15. Usa lentes de contacto?..... Si No
 16. Esta usando aparatos dentales?..... Si No

MUJERES:

17. Esta usted embarazada?..... Si No
 18. Tiene problema asociados con su menstruacion?..... Si No
 19. Esta mamentando?..... Si No
 20. Toma pastilla anticonceptivos?..... Si No

Mayor Queja Dental _____

Yo certifico que e leído y comprendo lo anterior. Yo reconozco que mis preguntas, si alguna sobre las inquisiciones establecidas anteriormente an sido contestadas a mi satisfaccion. Yo no mantendre responsable a mi dentista o ningun miembro del personal por errores o omisiones que yo pude haber hecho en terminacion con esta forma. Yo doy consentimiento a tratamiento por medio de Lalji Dental, P.C. y Asociados. Yo entiendo que soy responsable por pago de cualquier tratamiento prestado.

 Firma del paciente / Paciente o Guardia Legal

PARA TERMINACION POR EL DENTISTA

Comentario sobre entrevista del paciente referente historia medica _____

Conclusiones significantes sobre cuestionario o entrevista oral _____

Consideraciones dentales de gerencia _____

 Fecha

 Firma del dentista

Historia Medica Revisada/
 Medical History Reviewed:

Fecha / Date	Comentarios / Comments	Firma del doctor / Doctor Signature
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____