

ROYAL DENTAL

HOJA DE INFORMACIÓN ADULTA

Bienvenido a nuestra oficina. Nosotros haremos nuestro mejor para hacer su instalación como placentero y conveniente como sea posible. Es nuestra política de oficina para recibir el pago por dinero en efectivo, verifique o la tarjeta de crédito en el tiempo los servicios se dan recompensa. Si usted tiene cualesquiera preguntas con respecto a su tratamiento, instalación, u honorarios, no tenga inconveniente en preguntar. Como una cortesía a otros pacientes, ningún alimento o bebidas en área de recepción. Por favor, responda las preguntas siguientes y no deje cualquier blanco.

Cuenta # _____ Ubicación de oficina: _____

INFORMACIÓN PACIENTE

El nombre de Patient: _____ Seguridad social _____ - _____ - _____
Dirección: _____ TOL#: _____
Ciudad _____ Estado _____ Cierre _____ Fecha de
nacimiento: _____ / _____ / _____
Estado civil _____ S _____ M _____ SEP _____ D _____ WSexo: _____ Masculino _____ Hembra
Ocupación: _____ Teléfono residente _____ - _____ - _____
Empleado por: _____ Teléfono de trabajo _____ - _____ - _____
Co de seguro. _____ Número de política _____

INFORMACIÓN DE CÓNYUGE

Nombre de cónyuge _____ Paciente: _____ SÍ _____ NINGÚN
Empleado por: _____ Seguridad social # _____ - _____ - _____
Co de seguro. _____ Número de política _____
Ocupación _____ Fecha de nacimiento _____ / _____ / _____

Pariente lo más cercano no viviendo con usted _____ Relación _____

Teléfono _____

Dirección _____

El propósito de la visita _____

Los nombres de miembros familiares que es paciente _____

¿Cómo oyó hablar de nuestra oficina?

Cuenta será pagada por _____ Dinero en efectivo _____ Verificación _____ La tarjeta de crédito Dr. cite los honorarios y pago de hoy son hechos a esa hora. **Ningunas verificaciones temporales aceptado, deben tener TOL actual y número telefónico de trabajo.**

YO ASIGNO POR LA PRESENTE LOS BENEFICIOS TODO DENTALES Y MÉDICOS AL QUE DENTAL DE LALJI DE TENER DERECHO A, P.C.. UNA FOTOCOPIA DE ESTA ASIGNACIÓN VA A SER CONSIDERADO VÁLIDO COMO UN ORIGINAL. AUTORIZO POR LA PRESENTE APODERADO ANTES MENCIONADO PARA SOLTAR TODA LA INFORMACIÓN NECESARIA PARA ASEGURAR PAGO.

Firma _____ Fecha _____

FORMA DE HISTORIA MÉDICA

NOMBRE PACIENTE _____

FECHA _____

¿Para las preguntas siguientes, verifique sí o no, cualquiera se aplica? Sus respuestas son para nuestras inscripciones sólo y será considerado confidencial.

Sí Ningún ¿Sea le en salud buena

Sí Ningún ¿Tenga allí sido cualquier cambio en su salud desde el año pasado?

Mi último examen físico estaba en (la fecha) _____

Sí Ningún ¿Es le ahora al cuidado de un médico?

¿Si es así, para lo que el [contition]? _____

El nombre y dirección de mi médico son _____

Número telefónico _____

Sí Ningún ¿Usted ha tenido cualquiera enfermedad seria, operación o la hospitalización con los 5 años pasados?

Sí Ningún ¿Sea usted tomando medicine cualquier (s) incluyendo no-prescripción? Por favor, la lista _____

¿Usted tenga o tenga que usted tenido cualquier de las enfermedades o problemas siguientes?

Sí Ningún ¿Válvulas de corazón de daños y perjuicios, válvulas artificiales o murmullo? (Por favor, circule que un)

Sí Ningún ¿Enfermedad del corazón / fiebre reumática reumático?

Sí Ningún ¿Enfermedad del corazón, ataque al corazón, angina, hipertensión arterial, golpe, arteriosclerosis o cualquier
¿Condición de corazón? (Por favor, circule que un)

Explique: _____

Sí Ningún ¿El dolor de pecho en el esfuerzo?

Sí Ningún ¿La cortedad del aliento después de ejercicio leve?

Sí Ningún ¿Sus tobillos se hinchan?

Sí Ningún ¿Alergia?

Sí Ningún ¿Contratiempo de seno?

Sí Ningún ¿Asma o fiebre del heno?

Sí Ningún ¿Hechizos o incautaciones de desmayo?

Sí Ningún ¿La diabetes (es lo bajo control?) _____

Sí Ningún ¿Hepatitis, ictericia o enfermedad de hígado?

Sí Ningún ¿Llagas de boca frecuentes o periódicas?

Sí Ningún ¿Problemas tiroideos?

Sí Ningún ¿Problemas respiratorios, enfisema, bronquitis, etc?

Sí Ningún ¿Artritis o doloroso, las uniones hinchados?

Sí Ningún ¿Llaga de estómago o hiperacidez?

Sí Ningún ¿Contratiempo de riñón?

Sí Ningún ¿Tuberculosis?

Sí Ningún ¿Tos persistente o tos que producen la sangre?

Sí Ningún ¿Persistente hinchado abrazan las glándulas?

Sí Ningún ¿Hipotensión arterial?

Sí Ningún ¿Epilepsia o desorden neurológico?

Sí Ningún ¿Problemas con salud mental?

Sí Ningún ¿Cáncer?

Sí Ningún ¿Los problemas del sistema inmune?

Sí Ningún ¿Usted ha tenido terapia de radiación?

Sí Ningún ¿Usted fuma o usa tabaco sin humo? ¿Si es así, cuánto tiempo? _____

Sí Ningún ¿Le o su familia tiene una historia de cáncer oral?

La historia médica forma (Cont.)

- Sí Ningún ¿Usa el alcohol?
- Sí Ningún ¿Ten le tenido anormal sangrando?
- Sí Ningún ¿Usted ha requerido alguna vez una transfusión de sangre?
- Sí Ningún ¿Tiene usted sangre desordena tal como anemia?
- Sí Ningún ¿Ten le alguna vez el tratamiento tenido para un tumor o crecimiento?
- Sí Ningún ¿Tiene usted injertos o uniones artificiales? ¿Dónde? _____
- Sí Ningún SEA LE ALÉRGICO O LE TENGA TUVO UNA REACCIÓN PARA:
 - Sí Ningún Anestésicos locales
 - Sí Ningún Penicilina
 - Sí Ningún Las sulfas toman drogas
 - Sí Ningún Otros antibióticos (por favor liste los nombres) _____
 - Sí Ningún Barbituratos o billares de sueño
 - Sí Ningún Aspirina
 - Sí Ningún Yodo
 - Sí Ningún Codeína u otro narcóticos
 - Sí Ningún Otro _____
- Sí Ningún ¿Usted ha tenido cualquier contratiempo serio asociado con tratamiento dental previo?

Si es así,

explique: _____

Sí Ningún ¿Tiene usted otra condición o enfermedad que piensa que debo conocer?

Si es así, explique: _____

Sí Ningún ¿Sea usted llevando puesto se tocan los lentes?

Sí Ningún ¿Es usted llevando puesto aparatos dentales desmontables? _____

Mujeres:

Sí Ningún ¿Es preñada? ¿(cuántos semanas? _____

Sí Ningún ¿Ha problemas asociados con su período mensual? _____

Sí Ningún ¿Sea usted cuidando?

Sí Ningún ¿Es usted tomando los billares de control de la natalidad?

Queja dental principal:

certifico que tengo lea y comprenda el arriba. yo reconozco que mis preguntas, si existe, sobre las preguntas salga sobre ha sido correspondo a mi satisfacción. no tendré mi dentista o ningún miembro del responsable del cuerpo administrativo para cualesquiera errores u omisiones que puedo haber hecho en la terminación de esta forma. yo consiente en el tratamiento por Lalji Dental, pc y socios. yo comprendo soy responsable para el pago de cualquier tratamiento dió recompensa. Advertencia Tomar cualquier antibiótico diluirá el sentimiento de billares de control de la natalidad. Es deliberado que usa otros medios del control de la natalidad.

La firma de paciente/padre o guardián legal Fecha

FECHA COMENTARIOS FIRMA DE MÉDICOS

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____