

Registración de Paciente

Información del paciente

Paciente _____
Apellido Primer Segundo

Dirección de Casa _____
Calle Ciudad Estado Zip

Fecha de Nacimiento	Sexo	Peso	Edad
---------------------	------	------	------

Tele. de casa: () - _____
 # del trabajo: () - _____
 # de celular: () - _____

Empleador _____ Ocupación _____

Número Seguro Social _____ - - - - - Estudiante Tiempo Completo Tiempo Parcial

Pariente/compañero viviendo en la misma dirección: _____

Grupo Responsable de Finanzas

Persona Responsable por la Cuenta _____ Relación _____

Tele. de casa: () - _____
 # del trabajo: () - _____
 # de celular: () - _____

Calle _____ Ciudad _____ Estado _____ Zip _____

SS# del Grupo Responsable _____ - - - - -

PRIMER empresa de seguro _____ Empleador _____

() - _____
 Teléfono

Dirección del primer empresa de seguro _____ Ciudad _____ Estado _____ Zip _____

Asegurado _____ FDN _____ ID# _____ Grupo# _____

SEGUNDA empresa de seguro _____ Empleador _____

() - _____
 Teléfono

Dirección del Segundo Seguro _____ Ciudad _____ Estado _____ Zip _____

Asegurado _____ FDN _____ ID# _____ GRUPO# _____

Historia Fisical del Paciente

1. Ha sido hospitalizado en los últimos 5 años? Sí No
 Para que? _____

2. Actualmente está bajo el cuidado de un doctor por cualquier razón? Sí No
 Para que? _____

3. Nombre las medicaciones que toma: _____

4. Ha tenido cualquiera del siguiente?

<input type="checkbox"/> Fiebra Rheumática	<input type="checkbox"/> Presión Alta	<input type="checkbox"/> Enfermedad de Corazón	<input type="checkbox"/> Hemofilia
<input type="checkbox"/> Artritis	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Excesivo Desangramiento	<input type="checkbox"/> Dificultad del Seno
<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Ictericia	<input type="checkbox"/> Hepatitis	<input type="checkbox"/> Tos Cronico
<input type="checkbox"/> Enfisema	<input type="checkbox"/> Nefritis	<input type="checkbox"/> Tuberculosis	<input type="checkbox"/> Anemia
<input type="checkbox"/> Dolor del Pecho	<input type="checkbox"/> Convulsiones	<input type="checkbox"/> Derrame Cerebral	<input type="checkbox"/> Glaucoma
		<input type="checkbox"/> Murmullo del Corazón	<input type="checkbox"/> VIH-SIDA

5. Tiene alergias a cualquiera del siguiente?

<input type="checkbox"/> Novocaina	<input type="checkbox"/> Pentothal	<input type="checkbox"/> Penicilinas	<input type="checkbox"/> Aspirina
<input type="checkbox"/> Codeína	<input type="checkbox"/> Otro Medicaciones	<input type="checkbox"/> Demerol	<input type="checkbox"/> Calmantes
<input type="checkbox"/> Drogas de Sulfa	<input type="checkbox"/> Lortab	<input type="checkbox"/> Otro: _____	

6. Ha tenido cualquier otra enfermedad seria requiriendo el cuidado Sí No

7. Ha estado con tos o resfiado recién? Sí No

8. Fuma? Sí No
 Cuantos por día? _____

9. Está embarazada? (Mujeres) Sí No

10. Como se llama la dentistade su familia? _____
 Donde está su oficina? _____

11. Doctor personal/de su familia: _____
 Ciudad donde está su oficina? _____

12. Cómo se enteró de nuestra oficina? _____

