

REGISTRO DEL PACIENTE

Perry V. Silva, DDS, MD

Paciente: (Sr., Sra., Srta., Dr.) Nombre _____ Inicial _____ Apellido _____

Sexo: Masculino Femenino Fecha de Nacimiento _____ Edad _____ # Seguro Soc. _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Tel. Casa (____) _____ Tel. Trabajo (____) _____ Ext. _____

Tel. Celular (____) _____ Correo Electrónico _____

Empleador _____ Dirección _____

Nombre de su Dentista(s) _____ Ortodoncista _____

Nombre de su Doctor(es) _____ Tel. (____) _____

¿Usted o algún miembro de su familia ha sido alguna vez paciente nuestro? Si No Nombre _____
Año Procedimiento _____

A quien le podemos dar las gracias por su referencia? _____

Información del Seguro

Paciente: Estudiante Tiempo Completo Medio Tiempo Nombre de la Escuela: _____

Compañía de Seguro Dental Primaria

Empleador _____
Dirección Trabajo _____
de Tel. Trabajo _____

Nombre Compañía de Seguro _____
Dirección Cía. Seguro _____
Tel. Seguro _____
Grupo # _____

Nombre del Suscriptor _____
Relación con el Paciente _____
Sexo: Masculino Femenino
Fecha de Nacimiento _____
Seguro Social _____

Compañía de Seguro Dental Secundaria

Empleador _____
Dirección Trabajo _____
de Tel. Trabajo _____

Nombre Compañía de Seguro _____
Dirección Cía. Seguro _____
Tel. Seguro _____
Grupo # _____

Nombre del Subscriptor _____
Relación con el Paciente _____
Sexo: Masculino Femenino
Fecha de Nacimiento _____
Seguro Social _____

Información del Padre/tutor legal

Nombre: _____ Seguro Social # _____
Dirección _____ Fecha de Nacimiento: _____
Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____ Tel. Casa (____) _____
Tel. Celular (____) _____ Empleador _____ Tel. del Empleador (____) _____
Dirección del Empleador _____

He leído la forma de registro del paciente y he contestado todas las preguntas adecuadamente. Yo autorizo el tratamiento y estoy de acuerdo en pagar todos los honorarios y cargos por dicho tratamiento. Tengo entendido que los pacientes con seguro son responsables de pagar sus cuentas. En caso de ser necesario autorizo a que este acuerdo sea usado para obtener información sobre mi crédito.

Firma: _____ Fecha: _____
(Firma del padre o tutor legal si el paciente es un menor)

He revisado la información arriba escrita y es correcta (incluyendo cambios):
Fecha: _____ Iniciales: _____ Fecha: _____ Iniciales: _____ Fecha: _____ Iniciales: _____

Perry V. Silva, DDS, MD

HISTORIAL MÉDICO

Nombre del paciente: _____ Fecha de hoy: _____

Remitido por: _____ Dentista: _____ Médico: _____

Conteste por favor las siguientes preguntas. Todas las respuestas serán consideradas confidenciales.

¿Está tomando **MEDICAMENTOS** en este momento? Sí No ¿Goza de buena salud? Sí No
Haga una lista de los medicamentos: Altura _____ Peso _____ libras

_____ ¿Se ha enfermado, operado u hospitalizado en
_____ los últimos cinco años? Sí No

¿Es **ALÉRGICO** a alguna droga o medicamento? Sí No Si contestó que sí, explique: _____
Haga una lista de sus alergias: _____

Razón para su visita dental de hoy: _____

¿Alguna vez tuvo o tiene actualment...? (haga un círculo)

Fiebre reumática/enfermedad de corazón reumática	Sí No	Implantes o articulaciones artificiales en cualquier parte del cuerpo? (Válvula cardíaca, cadera, rodilla)	Sí No
Un soplo en el corazón	Sí No	Enfermedad del hígado, ictericia, hepatitis A, B o C	Sí No
Un prolapso de la válvula mitral	Sí No	Enfermedad de los riñones	Sí No
Enfermedad cardiovascular, ataque cardíaco, angina	Sí No	Diabetes	Sí No
enfermedad de las arterias coronarias	Sí No	Enfermedad de la tiroides (gota)	Sí No
Problemas de corazón	Sí No	Artritis	Sí No
Alta presión sanguínea	Sí No	Úlcera estomacal o colitis	Sí No
Operación del corazón	Sí No	Glaucoma	Sí No
Marcapasos	Sí No	Radiación, quimioterapia, tratamiento para cáncer	Sí No
Apoplejía	Sí No	Prueba sanguínea positiva para el VIH	Sí No
Palpitaciones	Sí No	SIDA o ARC	Sí No
Enfermedad de los pulmones, enfisema, bronquitis, neumonía	Sí No	Debilitamiento o compromiso del sistema inmune	Sí No
Asma	Sí No	Chasquido o tronido de la articulación de la mandíbula	Sí No
Dolor cerca de la oreja	Sí No	Dificultad para abrir la boca	Sí No
Tratamiento psiquiátrico/perturbación nerviosa	Sí No	Apretamiento o remordimiento de los dientes	Sí No
Drogadicción	Sí No	Llagas recurrentes en la boca	Sí No
Tuberculosis	Sí No	Desmayos	Sí No
Ataques/Convulsiones/Epilepsia	Sí No	Fuma o mastica tabaco	Sí No
Enfermedad de sangrado/tendencia a sangrar	Sí No	Problemas nasales o de los senos nasales	Sí No
Anemia? Tranfusión de sangre?	Sí No	Consume alcohol	Sí No
Toma o ha tomado pastillas para hacer dieta	Sí No	Usa lentes de contacto	Sí No
Tipo de pastillas para dieta _____			
¿Tiene alguna otra enfermedad, condición médica o problema que no figure arriba que piensa que el doctor debe saber?	Sí No		

Si contestó que sí, explique: _____

Para las mujeres solamente...

¿Está embarazada? Sí No ¿Desea que la refiramos para una prueba para el embarazo? Sí No

Si usted usa anticonceptivos por vía oral, es importante que entienda que los antibióticos y otros medicamentos pueden interferir con la eficacia de los anticonceptivos orales. Por consiguiente, necesitará medios mecánicos de anticoncepción durante un ciclo completo de sus pastillas anticonceptivas después de completar el curso de antibióticos u otros medicamentos. Consulte con su médico para recibir más asesoramiento. Si está embarazada, posiblemente embarazada o tratando de quedar embarazada; la operación, anestesia y cualquier otro medicamento pueden causar daños graves a su bebé en desarrollo, especialmente durante el primer trimestre. Por favor avise al dentista y médico si existe cualquier posibilidad de que usted esté embarazada.

He leído el formulario de Historial Médico y lo he contestado correctamente. Soy responsable de informarle al doctor sobre cualquier cambio en mi historia de salud antes del tratamiento.

Firma del paciente: _____ Fecha: _____
(pare o tutor. Si el paciente es menor de edad)

Para las visitas de seguimiento: Mi Historial Médico **NO** ha cambiado. Iniciales del paciente _____ Fecha: _____

Perry V. Silva, DDS, MD
127 East Romie Lane, Salinas, CA 93901
880 Cass St., Ste 203, Monterey, CA 93940

Patient Name: _____ Date: _____

Guarantor's Name (if different from patient): _____

Our office is a fee-for-service practice and therefore you are responsible for your bill in full.

Dr. Silva is not a provider for medical insurances PPOs, HMOs, DMOs, Medicare or Medi-Cal. We are providers for only a select group of dental insurances.

As a courtesy to our patients, we will contact your insurance company for a verbal pre-authorization or, if requested, send a written/electronic pre-authorization to your insurance carrier. In either case, we encourage you to contact your insurance carrier to discuss your benefits and eligibility. At the time of the procedure, you will be asked to pay an estimated partial payment, and we will bill your insurance carrier for services rendered. Any remaining balance is due from you after the insurance payment is received (please see truth in lending statement below).

Insurance coverage is a contract between you (the insured) and your insurance company. We are not a party to this contract. **If your insurance company does not pay the estimate balance due to eligibility, benefits, fee adjustments, or other reasons, you are responsible for the balance.** If there is any question concerning insurance coverage for the services performed or the amount paid by the insurance company, it is the insured's responsible to contact the insurance company.

I understand the above information, and I agree that I am totally responsible for payment for all services rendered to me or my child regardless of any estimate of insurance coverage given to me by this office.

Signature of Patient/Guarantor

Date