

Registro de Paciente de Culp Dental

(letra de molde)

Fecha del día de hoy: _____

Paciente: | _____ | _____ | _____ | _____

Apellido

Nombre

Inicial Segundo Nombre

Nombre Preferido

Género: _____ Encierre uno: Casado(a)/Soltero(a)/Hijo(a)/Otro Fecha de nacimiento: ____/____/____ #SS o #LC: _____

Dirección: | _____ | _____ | _____ | _____

Calle

Ciudad

Estado

Código Postal

Correo electrónico: _____ Número de celular: _____ Teléfono de domicilio: _____

Empresa/Escuela _____

Ocupación _____

Dirección de la empresa/escuela _____

Teléfono del empleador/escuela _____

Nombre del cónyuge/padre o madre _____

Fecha de nacimiento del cónyuge/padre o madre _____

Empleador del cónyuge/padre o madre _____

Ocupación _____

Dirección de la empresa _____

Teléfono de la empresa _____

¿Quién es el responsable de esta cuenta? _____

Relación con el(la) paciente _____

de Seguridad Social del cónyuge/padre o madre o # de licencia de conducir _____

Compañía de seguros dentales _____ # de grupo _____

de ID _____

En caso de emergencia, ¿quién debe ser notificado? _____

Teléfono _____

¿A quién debemos agradecer por recomendarlo? _____

Historial Clínico

Favor de indicar con una (X) si actualmente tiene o alguna vez tuvo alguna de las siguientes enfermedades, problemas o condiciones:

Hemorragia anormal/Hemofilia
 SIDA o infección del VIH
 Anemia (Tipo: _____)

Angina
 Arteriosclerosis
 Artritis
 Válvulas cardíacas artificiales (Protésicas)*
 Asma
 Enfermedad Autoinmune
 Anticoagulantes
 Transfusión de sangre (Fecha: _____)
 Cáncer/Quimioterapia/Radiación
 Enfermedad Cardiovascular

Dependencia Química

Dolor Torácico al Hacer Esfuerzos

Dolor Crónico

Problemas de Circulación

Defectos/Enfermedades Cardíacas Congénitas*

Insuficiencia Cardíaca Congestiva

Válvulas del Corazón Dañadas

Diabetes (Encierre: Tipo I o Tipo II)
 Desorden alimenticio
 Epilepsia
 Desmayos o Convulsiones
 Enfermedad Gastrointestinal
 Reflujo gastroesofágico (G.E.)/Acidez persistente
 Glaucoma

Ataque Cardíaco
 Soplo Cardíaco
 Hepatitis, Ictericia o Enfermedad Hepática
 Presión Arterial Elevada
 Historia de medicación con bisfosfonatos

Problemas Renales
 Presión Arterial Baja
 Problemas de alud mental/Atención psiquiátrica

Prolapso de la Válvula Mitrál

Problemas de los Nervios

Trastorno Neurológico

Osteoporosis

Marcapasos

Inflamación persistente de los ganglios del cuello
 Endocarditis Infecciosa Previa*

Infecciones Recurrentes
 Enfermedad respiratoria/bronquitis/enfisema
 Fiebre Reumática

Cardiopatía Reumática

Artritis Reumatoide

Dolores de Cabeza Severos/Migrañas

Pérdida de peso severa/rápida

Infección de Transmisión Sexual

Problema de Sinusitis

Trastornos del Sueño

Accidente Cerebrovascular

Lupus Eritematoso Sistémico

Ulceras

Problemas de la Tiroides

Reemplazo Total de Articulaciones*

Tuberculosis

¿Quién es su doctor de cabecera? _____ Fecha del último examen físico: ____/____/____

¿Padece de alergias a medicamentos o alguna vez ha sufrido una reacción alergia a algún medicamento o anestesia? Sí No

En caso afirmativo, ¿a cuál específicamente? _____

¿Alguna vez ha respondido negativamente a un tratamiento médico o dental? ____ Sí ____ No

¿Está tomando algún medicamento en este momento? ____ Sí ____ No ; En caso afirmativo, ¿qué específicamente? _____

¿Ha estado bajo el cuidado de un médico por una condición médica/enfermedad específica en los últimos 5 años? ____ Sí ____ No

En caso afirmativo, ¿qué específicamente? _____

Solo mujeres: ¿Sospecha que está embarazada? ____ Sí ____ No ; En caso afirmativo, ¿cuál es la fecha de nacimiento? ____/____/____

Mujeres solamente: ¿Está amamantando? ____ Sí ____ No

¿Hay algo más que debemos saber sobre su historial médico? _____

Certificación

A mi legal saber y entender, la información que yo he proporcionado en este formulario está completa y es correcta. Comprendo que entregar información incompleta o incorrecta puede ser peligroso para mi salud. Comprendo que soy el(la) único(a) responsable de cualquier error u omisión en la que pude haber incurrido al rellenar este formulario. Comprendo que es mi responsabilidad el informar a mi doctor si yo, o mi hijo(a) menor de edad, ha tenido un cambio en la salud.

Firma del Paciente, Padre o Madre, Tutor o Representante Personal

Fecha

Favor de escribir el nombre del paciente, padre o madre, tutor o representante personal, con letra de molde

Relación con el(la) paciente

Autorización Compuesta para la Divulgación de Información

Culp Dental, PA está autorizado a divulgar información de salud protegida sobre el paciente mencionado anteriormente a las entidades mencionadas a continuación: **Entidad para recibir información. Marque cada uno que esté sujeto a esta autorización:**

Correo de voz/Contestador automático

- Horario de citas
- Información de ausencia
- Información de facturación

Información para el empleador/escuela

- Horario de citas
- Información de ausencia

Cónyuge/Padres

- Horario de citas
- Información de ausencia
- Información de facturación

Mensaje de texto y correo electrónico

- Horario de citas

Otras personas autorizadas para recibir información:

Nombre: _____ Clínica: ____ Financiera: ____

Nombre: _____ Clínica: ____ Financiera: ____

Derechos del (la) paciente:

- Entiendo que tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento y tengo derecho a inspeccionar o copiar la información de salud protegida que se divulgará como se describe en este documento mediante el envío de una notificación por escrito a Culp Dental, PA. Entiendo que una revocación no es efectiva en los casos en que la información ya ha sido divulgada pero será efectiva en el futuro.
 - Entiendo que la información utilizada o divulgada como resultado de esta autorización puede estar sujeta a una nueva divulgación por parte del destinatario y es posible que ya no esté protegida por la ley federal o estatal.
 - Entiendo que tengo derecho a negarme a firmar esta autorización y que mi tratamiento no estará condicionado a la firma de esta autorización.
- Esta autorización estará vigente hasta que sea revocada por el paciente o representante que firme la autorización:

Firma del Paciente, Padre o Madre, Tutor o Representante Personal

Fecha

Favor de escribir el nombre del paciente, padre o madre, tutor o representante personal, con letra de molde

Relación con el(la) paciente