



Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

(Si menor de edad)

Nombre del Padre _____ Fecha de Nacimiento: _____

Nombre de la Madre _____ Fecha de Nacimiento: _____

Dirección Postal: _____ Ciudad _____ Código Postal _____

Teléfono de casa _____ Celular _____ Número de Mensaje _____

Empleador: _____ Teléfono de trabajo _____

Número de seguro social _____

Nombre de Esposa/o: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Empleador: _____ Teléfono de trabajo # _____

Número de seguro social: _____

Referido por: _____

Privado: _____

Seguro: _____

INFORMACION SOBRE EL SEGURO

Seguro Primario

Nombre de asegurado: _____ Seguro Social/Numero de ID _____

Nombre de seguridad. _____ Número de grupo _____

Seguro Secundario

Nombre de asegurado: _____ Seguro Social/Numero de ID _____

Nombre de seguridad _____ Número de grupo _____

Información de Crédito

Persona Responsable: _____

Estoy de acuerdo en pagar todas las cuotas en la fecha de servicio a menos que se han hecho arreglos financieros específicos. Entiendo que el pago es mi obligación independientemente de seguro o cualquier otra implicación de terceros. Mi firma a continuación libera asignación de beneficios del seguro a Riverrock Dental. En el uniforme que acción legal tiene que recoger la cantidad debida a Riverrock Dental, la parte vencedora tendrá derecho a la concesión de unos honorarios de abogado razonables, y será en el Condado de Yakima, Washington

Firma: _____

Fecha: _____

Nombre de Paciente: _____ Fecha: _____

Problema Dental: _____

Fecha de la última visita Dental y Rayos-X: _____ Nombre de Dr. Medico _____

¿Está tomando algún medicamento en este momento? Por favor liste: _____

¿TIENE UNA CONDICIÓN MÉDICA QUE REQUIERE PRE-MEDICACIÓN ANTES TRABAJO DENTAL?

¿Ha tenido alguna dificultad con anestesia local? Por favor explique: _____

¿HA SIDO DIAGNOSTICADO CON O TRATADO POR?:

	No	Si	Explique
Soplo del corazón-----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Fiebre Reumática-----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Marca Pasos-----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Reemplazamiento de una válvula-----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Ataque al corazón-----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Cirugía de corazón-----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Derrame cerebral-----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Presión anormal de la sangre-----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Ulceras-----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Tuberculosis or lung disease-----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Diabetes-----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Anemia-----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Cancer-----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Enfermedades Venéreas-----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Asthma-----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Hepatitis-----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Arthritis-----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Reemplazo de rodilla/cadera-----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Resultado positivo de VIH (Sida)-----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
¿Usa cocaína u otra droga?-----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Convulsiones-----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Es Usted Alérgico A:			
Penicilina-----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Codeína-----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Anestesia Local-----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sulfa-----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Guantes de Latex-----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
¿Usted sangra demasiado? -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
¿Está usted embarazada? -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fecha de nacimiento bebe _____

¿Alguna otra complicación medica? _____

¿Ha estado involucrado con actividad legal dental/medical? Si _____ No _____