



Fecha:

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Apellido(s) del Paciente:		Nombre(s):	<input type="checkbox"/> Sr.	<input type="checkbox"/> Srita.	Estado civil (encierre uno)	
					Soltero / Casado / Div / Sep / Wid	
¿Es este su nombre legal?	Si no, ¿cuál es su nombre legal?	(Nombre(s) anteriores):	Fecha de nacimiento:	Edad:	Sex:	
<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No		/	/	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> F
Dirección:		No. de Seguro Social #:		Teléfono.: ()		
P.O. box:		Ciudad:	Estado:	Código postal (ZIP):		
Ocupación:		Empresa:			Email Address:	
Eligió esta clínica por que / Fue referido(a) por (seleccione una opción):		<input type="checkbox"/> Dr. _____	<input type="checkbox"/> Plan de Aseguranza	<input type="checkbox"/> Hospital		
<input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Amigo(a) <input type="checkbox"/> Cercanía a casa/trabajo <input type="checkbox"/> Páginas Amarillas <input type="checkbox"/> Otro						
Otros familiares que son atendidos aquí:						

INFORMACIÓN DE ASEGURANZA

(Por favor entregue su tarjeta de aseguranza al recepcionista)

Persona responsable de la cuenta:		Fecha de Nacimiento:: / /	Dirección (si es diferente):		Teléfono.: ()	
¿Esta persona es paciente acá?		<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No			
Ocupación:	Empresa:	Dirección de Empresa:			Teléfono de Empresa.: ()	
¿El paciente tiene Seguro Dental? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No						
Por favor indique la compañía de aseguranza		<input type="checkbox"/> Delta Dental	<input type="checkbox"/> DMBA	<input type="checkbox"/> Cigna	<input type="checkbox"/> MetLife	<input type="checkbox"/> Aetna
<input type="checkbox"/> United Concordia	<input type="checkbox"/> Humana Dental	<input type="checkbox"/> United Healthcare	<input type="checkbox"/> Welfare	<input type="checkbox"/> Otro _____		
Nombre del Suscriptor:		No. de Seguro Social # del Suscriptor.: / /	Fecha de nac.: / /	No. de suscripción:	No. de Grupo:	Co-pago: \$
Relación del paciente al suscriptor: <input type="checkbox"/> Mismo <input type="checkbox"/> Esposo(a) <input type="checkbox"/> Hijo(a) <input type="checkbox"/> Otro						
Aseguranza secundaria (si se aplica):			Nombre del Suscriptor:		No. de Grupo:	No. de póliza:
Relación del paciente al suscriptor: <input type="checkbox"/> Mismo <input type="checkbox"/> Esposo(a) <input type="checkbox"/> Hijo(a) <input type="checkbox"/> Otro						

EN CASO DE EMERGENCIA

Nombre de familiar o amigo(a) (que no viva en su misma dirección):		Relación al paciente:	Teléfono de casa: ()	Teléfono de trabajo: ()
--	--	-----------------------	-----------------------	--------------------------

La información anterior es verdadera a mi leal saber y entender. Acepto pagar mi cuenta en su totalidad al momento del servicio, a menos que, antes de que se realicen los servicios, Dirk Strobel, DDS, acepte otros acuerdos de pago. Entiendo que Dirk Strobel, DDS, presentará los beneficios de la aseguranza para el pago solo como una cortesía para mí. También entiendo y acepto que soy responsable del pago de cualquier cargo, independientemente de si Dirk Strobel, DDS, presenta los beneficios de aseguranza para el pago e independientemente de cualquier error o disputa en la facturación. También autorizo a mi compañía de aseguranza a divulgar cualquier información requerida para procesar mis reclamos y autorizo que mis beneficios de aseguranza se paguen directamente a Dirk Strobel, DDS.

Firma del Paciente / Guardián

Fecha



HISTORIAL MEDICO

Apellido del Doctor de su familia:	Nombre:			<input type="checkbox"/> Sr.	<input type="checkbox"/> Sra.	¿Dónde trabaja su doctor? (Ciudad, Estado):
Marque si sufre o sufrió de alguno de los siguientes:						
<input type="checkbox"/> Anemia	<input type="checkbox"/> Problemas circulatorios	<input type="checkbox"/> Problemas cardiacos	<input type="checkbox"/> Tratamiento de radiación	<input type="checkbox"/> Amigdalitis	<input type="checkbox"/> Dependencia química	
<input type="checkbox"/> Artritis, Reumatismo	<input type="checkbox"/> Tratamiento cortisona	<input type="checkbox"/> Hemofilia	<input type="checkbox"/> Enfermedad respiratoria	<input type="checkbox"/> Tuberculosis	<input type="checkbox"/> Quimoterapia	
<input type="checkbox"/> Válvulas cardíacas artificiales	<input type="checkbox"/> Tos persistente	<input type="checkbox"/> Hepatitis	<input type="checkbox"/> Fiebre reumática	<input type="checkbox"/> Ulceras	<input type="checkbox"/> Dolores de cabeza	
<input type="checkbox"/> Coyunturas Artificiales	<input type="checkbox"/> Toser sangre	<input type="checkbox"/> Alta presión	<input type="checkbox"/> Fiebre escarlata	<input type="checkbox"/> Otras condiciones que el Dr. Strobel debería saber		
<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> VIH / SIDA	<input type="checkbox"/> Falta de aliento			
<input type="checkbox"/> Problemas de espalda	<input type="checkbox"/> Epilepsia	<input type="checkbox"/> Dolor de mandíbula	<input type="checkbox"/> Ronchas en la piel	<input type="checkbox"/> Soplo del corazón	<input type="checkbox"/> Prolapso de la válvula mitral	
<input type="checkbox"/> Enfermedad de la sangre	<input type="checkbox"/> Desmayos	<input type="checkbox"/> Enfermedad renal	<input type="checkbox"/> Derrame cerebral	<input type="checkbox"/> Problemas de la tiroides	<input type="checkbox"/> Costumbre de tabaco	
<input type="checkbox"/> Cáncer	<input type="checkbox"/> Glaucoma	<input type="checkbox"/> Enfermedad hepática	<input type="checkbox"/> Hinchazón de los pies o los tobillos	<input type="checkbox"/> Enfermedad venérea		
Indique los medicamentos que está tomando:			<input type="checkbox"/> ¿Está embarazada? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			
			<input type="checkbox"/> ¿Está amamantando? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			
Indique las alergias que tiene:			<input type="checkbox"/> ¿Está tomando pastillas anticonceptivas? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			

HISTORIAL DENTAL

¿Cuál es la razón de su visita?	Fecha de su última visita dental: / /	Dentista anterior:	Fecha de sus últimos rayos-x: / /
Marque si tiene alguno de los siguientes problemas:			
<input type="checkbox"/> Mal aliento	<input type="checkbox"/> Rechinar los dientes	<input type="checkbox"/> Comida entre los dientes	
<input type="checkbox"/> Sangrado de encías	<input type="checkbox"/> Dientes sueltos	<input type="checkbox"/> Tratamiento periodontal	
<input type="checkbox"/> Chasquido de mandíbula	<input type="checkbox"/> Tapaduras quebradas	<input type="checkbox"/> Sensibilidad al frío	
<input type="checkbox"/> Sensibilidad al calor	<input type="checkbox"/> Sensibilidad al dulce	<input type="checkbox"/> Sensibilidad al morder	

¡Gracias por venir a la Oficina del Dr. Strobel! Apreciamos hacer negocios con usted y esperamos tomar cuidado de sus necesidades dentales. Si tiene preocupaciones o preguntas acerca de su salud dental, no dude en pasar por nuestra oficina o llamar en cualquier momento.