



# Dr Harold Patino

Oral Maxillofacial  
& Implant Surgery

## PACIENTE

Nombre y apellido Legal: \_\_\_\_\_ Segundo Nombre \_\_\_\_\_ Hombre/Mujer

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ # SS: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_ Casa Cell \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Zona Postal \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_ Casa Cell \_\_\_\_\_

Casado(a): \_\_\_ Soltero(a): \_\_\_ Estudiante Tiempo completo? \_\_\_ Nombre de la Institución \_\_\_\_\_

Paciente-Email: \_\_\_\_\_ Padre/madre-Email \_\_\_\_\_

Razón de su visita? \_\_\_\_\_ Esta Visita tiene que ver con algún accidente o lesión? \_\_\_ Si \_\_\_ No

Quien lo recomendó a nuestra oficina? \_\_\_\_\_ Internet? \_\_\_\_\_ Un amigo? \_\_\_\_\_

Nombre Odontólogo General: \_\_\_\_\_ Nombre Ortodoncista : \_\_\_\_\_

Usted o alguien de su familia o un amigo ha sido visto/tratado por el Dr. Patiño antes? Si es así, quien? \_

## INFORMACION MÉDICA

Lista de los **Medicamentos** a los que es **alérgico/a**: \_\_\_\_\_

Tiene problemas con huevos, lecitina, soya o **látex**? \_\_\_\_\_

Medicamentos que toma actualmente: \_\_\_\_\_

Ha estado hospitalizado(a) de urgencias o ha tenido cirugías en los últimos 5 años? \_\_\_\_\_

Altura \_\_\_\_\_ Peso \_\_\_\_\_ Fuma? \_\_\_\_\_ Cuantos cigarrillos al día: \_\_\_\_\_ Hace cuantos años fuma? \_\_\_\_\_

Esta bajo el cuidado de un Doctor actualmente? \_\_\_\_\_ Por qué? \_\_\_\_\_

Nombre del Medico: \_\_\_\_\_ Teléfono Oficina: \_\_\_\_\_

## Tiene Ud. Alguna de las siguientes condiciones médicas:

\_\_\_ Asma/ Uso de Inhalador: Si \_\_\_ No \_\_\_

\_\_\_ Se le va la respiración

\_\_\_ Enfermedad respiratoria

\_\_\_ Bronquitis

\_\_\_ Apnea de Sueño (usa CPAP: \_\_\_)

\_\_\_ Problemas con la sinusitis

\_\_\_ Diabetes (tipo \_\_\_)

\_\_\_ Epilepsia/Convulsiones/Fatiga

\_\_\_ Problema de Tiroides

\_\_\_ Dolores de Cabeza frecuentes

\_\_\_ Reemplazo de Cadera o rodilla

\_\_\_ Condición Psiquiátrica (especifique:

ejm: depresión) \_\_\_\_\_

\_\_\_ Hepatitis (tipo \_\_\_)

\_\_\_ Problema del Hígado

\_\_\_ Problema de Riñón

\_\_\_ Problema de Coagulación/Hemofilia

\_\_\_ Toma Anticoagulantes

\_\_\_ Presión Alta

\_\_\_ Presión Baja

\_\_\_ Marcapaso / Catéter coronario

\_\_\_ Paro Cardíaco (fecha \_\_\_\_\_)

\_\_\_ Derrame cerebral (fecha \_\_\_\_\_)

\_\_\_ Artritis / Reumatismo

\_\_\_ Problemas de Aprendizaje (especifique :i.e ADHD) \_\_\_\_\_

\_\_\_ Cáncer

\_\_\_ Radiación- fecha \_\_\_\_\_

\_\_\_ Quimioterapia- fecha \_\_\_\_\_

\_\_\_ Tuberculosis TB:

diagnosticado o Vacuna

\_\_\_ HPV: diagnosticado o Vacuna

\_\_\_ SIDA

\_\_\_ Dependencia a Químicos

\_\_\_ Está embarazada

\_\_\_ Está dando pecho

\_\_\_ Lentes de Contacto

**Otra condición Médica** No \_\_\_ Si: \_\_\_\_\_

Ha viajado fuera de USA en los últimos 3 meses? \_\_\_ No \_\_\_ Si (si su respuesta es Sí, que país(es) ha visitado? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o la persona responsable

\_\_\_\_\_  
Nombre completo

\_\_\_\_\_  
Fecha

**CUSTODIA LEGAL** (Solo si el paciente es menor de edad)

Si usted no es el padre o la madre del paciente menor de edad, tiene usted un documento legal o un "Power of Attorney" donde se establezca que usted es el guardián legal del menor?  Si  No.

**PERSONA RESPONSABLE EN EL SEGURO PRIMARIO**

**Relación con el Paciente:**  Usted  Esposo(a)  Padre  Madre  Otro: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ SS#: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Estado Marital: Soltero(a)  Casado(a)  Divorciado(a)

Dirección: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Zona Postal: \_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

**Seguro Primario Dental:** \_\_\_\_\_ PPO (  ) HMO (  ) ID# \_\_\_\_\_

Grupo#: \_\_\_\_\_

**Seguro Primario Medico:** \_\_\_\_\_ PPO (  ) HMO (  ) ID# \_\_\_\_\_

Grupo#: \_\_\_\_\_

**PERSONA RESPONSABLE EN EL SEGURO SECUNDARIO**

**Relación con el Paciente:**  Usted  Esposo(a)  Padre  Madre  Otro: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ SS#: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Estado Marital: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Zona Postal: \_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

**Seguro Secundario Dental:** \_\_\_\_\_ PPO (  ) HMO (  ) ID# \_\_\_\_\_

Grupo#: \_\_\_\_\_

**Seguro Secundario Medico:** \_\_\_\_\_ PPO (  ) HMO (  ) ID# \_\_\_\_\_

Grupo#: \_\_\_\_\_

**Reembolso:**

En el evento que el seguro envíe un pago por mayor valor al estimado y si existe un reembolso a favor del paciente después del tratamiento, a nombre de quien debe ir dirigido ese reembolso? \_\_\_\_\_

**RESPONSABILIDAD FINANCIERA**

Yo entiendo y estoy de acuerdo que independientemente con el estado de mi seguro, soy responsable por el pago de cualquier servicio profesional prestado y no cubierto y pagado por mi seguro. Yo he leído y contestado las preguntas de este formulario y certifico que la información dada es verdadera y correcta en lo mejor de mi conocimiento. Adicionalmente yo notificare cualquier cambio de esta información (nombre, dirección, cambio de seguro, estado marital etc.).

Nombre de la persona responsable por el pago: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o la persona responsable

\_\_\_\_\_  
Nombre completo

\_\_\_\_\_  
Fecha