



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 Médico General _____ Teléfono Oficina: _____

Nombre del Médico Especialista _____ Teléfono Oficina: _____

Tiene Ud. Alguna de las siguientes condiciones médicas:

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Asma/ Respiración jadeante | <input type="checkbox"/> Diabetes (Tipo: _____) | <input type="checkbox"/> Hepatitis (Tipo: _____) |
| <input type="checkbox"/> Uso de Inhalador: Si ___ No ___ | <input type="checkbox"/> Problema de Coagulación/Hemofilia | <input type="checkbox"/> Problema de Riñón |
| <input type="checkbox"/> Se le va la respiración | <input type="checkbox"/> Presión Alta | <input type="checkbox"/> HPV: diagnosticado o Vacuna |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad respiratoria | <input type="checkbox"/> Presión Baja | <input type="checkbox"/> SIDA |
| <input type="checkbox"/> Bronquitis | <input type="checkbox"/> Toma Anticoagulantes /Aspirina | <input type="checkbox"/> Dependencia a Químicos |
| <input type="checkbox"/> Apnea de Sueño (Usa CPAP: ___) | <input type="checkbox"/> Soplo Cardíaco | <input type="checkbox"/> Está embarazada |
| <input type="checkbox"/> Problemas con la sinusitis | <input type="checkbox"/> Marcapaso / Catéter coronario | <input type="checkbox"/> Está dando pecho |
| <input type="checkbox"/> Tuberculosis TB: (diagnosticado o Vacuna) | <input type="checkbox"/> Derrame cerebral (Fecha: _____) | <input type="checkbox"/> Condición Psiquiátrica (Especifique: Ejm:depresión) _____ |
| <input type="checkbox"/> Problema de Tiroides | <input type="checkbox"/> Cáncer (Tipo: _____) | <input type="checkbox"/> Problemas de Aprendizaje (especifique Ejm:AADHD) _____ |
| <input type="checkbox"/> Epilepsia/Convulsiones/Fatiga | <input type="checkbox"/> Radiación (Fecha: _____) | <input type="checkbox"/> Lentes de Contacto |
| <input type="checkbox"/> Dolores de Cabeza frecuentes | <input type="checkbox"/> Quimioterapia (Fecha: _____) | |
| <input type="checkbox"/> Reemplazo de Cadera o rodilla | <input type="checkbox"/> Colesterol alto | |
| <input type="checkbox"/> Artritis / Reumatismo | <input type="checkbox"/> Problema del Hígado | |
| | <input type="checkbox"/> C DIFF | |

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: Soltero(a) Casado(a) Divorciado(a)

Dirección: _____ Celular: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Zona Postal: _____

Empleador: _____ Email: _____

Seguro Secundario Dental: _____ PPO () HMO () ID# _____

Grupo#: _____

Seguro Secundario Medico: _____ PPO () HMO () ID# _____

Grupo#: _____

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