

Nick Romanides D.M.D

7608 Bergenline Avenue
North Bergen, NJ 07047
(201) 869-1107

Fecha: _____

Registro del Paciente E Historia Clinica

Paciente: _____

Apellido, Primer Nombre Inicial (Nombre Preferido)

Sexo: _____ Estado Civil: _____

No de Seguro Social: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____

No de Telefono (Casa): _____ (Trabajo): _____ Ext: _____ Mejor hora para llamar: _____

Correo Electronico: _____ Telefono Celular: _____

Direccion: _____

Calle

Apartamento

Ciudad

Estado

Codigo Postal

Historia Clinica

Fecha del Último Examen Dental: _____ Razon de su Visita: _____

Ha Tenido Ud. Alguna vez algo de lo siguiente? (Solo marque las casillas correspondientes)

- VIH/ SIDA
- Tratamientos Inmunosupresores
- Alergias _____
- Anemia
- Artritis
- Articulaciones o Valvulas Artificiales
- Asma
- Enfermedades de la Sangre
- Cancer
- Diabetes
- Mareos
- Epilepsia

- Presion Sanguinea Alta/ Baja
- Ulceras
- Glaucoma
- Enfermedades Venereas
- Problemas del Corazon
- Dolores de Cabeza
- Problemas Circulatorios
- Reciente Perdida de Peso
- Hepatitis
- Hemofilia
- Ictericia

- Enfermedad del Riñon
- Enfermedades del Hgado
- Tratamiento Siquiatrico
- Problemas Nerviosos
- Marcapasos
- Embarazo _____
- Radioterapia
- Problemas Respiratorios
- Fiebre Reumatica
- Reumatismo

- Problemas de la Sinus
- Embolia Cerebral
- Derrame Celebrar
- Tuberculosis
- Tumors
- Drogaadiccio
- Dieta Especial
- Diarrea Cronica
- Tiroides
- Alergia a Medicamentos
- _____
- _____

• Nombre del Medico General: _____ Telefono: _____

Historia Dental

	SI	NO		SI	NO
Sangrado de las encias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Difficultad al masticar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sensibilidad en los dientes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolores de cabeza frecuente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tiene Dolor en algun diente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rechinar los Dientes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ampollas en los labios o boca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Ha tenido algun trauma en la cabeza o Mandibula	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ha tenido tratamiento periodontal? (Encias)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ha experimentado alguno de los siguientes problemas:			Ha tenido tratamiento de Orthodoncia? (Frenillos)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chasquido o crujido mandibular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ha recibido instrucciones de higiene Oral acerca el cuidado de los dientes Y las encias?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolores (Oido, Cara, y Ariculaciones)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Difficultad al abrir y cerrar la boca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

Nombre del Dentista General: _____

Con que frecuencia se cepilla los dientes? _____

Con que frecuencia usa el hilo dental? _____

Informacion del Contacto en Caso de Emergencia

Nombre: _____ Relacion: _____

Telefono (Celular); _____ (Casa); _____

(Trabajo): _____ EXT: _____

La informacion de arriba es correcta y completa, y se proporciona con el unico objetivo de que se use en mi tratamiento, para facturacion y procesamiento ante el seguro de los beneficios a los que tengo derecho. Yo no hare responsable a mi dentista ni a ningun integrante de su personal por errores u omisiones que yo pueda haber cometido al llenar este formulario.

Fecha: _____

Firma del Paciente, Padres or Guardian

Informacion de la Persona Responsable

Nombre: _____
No Seguro Social: _____ Fecha de Nacimiento: _____
Telefono (Casa): _____ (Trabajo): _____ Ext: _____ Mejor Horario llamar: _____
Direccion: _____
Calle # Apartamento
Ciudad Estado Codigo Postal

Informacion Sobre su Seguro

Primario (Informacion del Suscriptor)

Nombre del Suscriptor: _____ Es el Paciente? SI No
Apellido Primer Nombre Inicial
Fecha de Nacimiento: _____ ID #: _____ No Grupo: _____
Direccion: _____
Calle Ciudad Estado Codigo Postal
Nombre del Empleador del suscriptor: _____
Direccion: _____
Calle Ciudad Estado Codigo Postal
Relacion del Paciente con el suscriptor: _____

Nombre de la Compañía de Seguro Dental: _____

Secundario

Nombre del Suscriptor: _____ Es el Paciente? Si No
Apellido Primer Nombre Inicial
Fecha de Nacimiento: _____ ID #: _____ No Grupo: _____
Direccion: _____
Calle Ciudad Estado Codigo Postal
Nombre del Empleador del Suscriptor: _____
Direccion: _____
Calle Ciudad Estado Codigo Postal
Relacion del Paciente con el suscriptor: _____

Nombre de la Compañía de Seguro Dental: _____

Consentimiento Por el Servicio

Por la presente autorizo a Doctor Nick Romanides, y/o auxiliares para realizar el tratamiento dental con el uso de cualquier clase de radiografias (rayos X) y/o cualquier otra ayuda conveniente con el fin de completar un exhaustivo diagnostico y plan de tratamiento.

Entiendo que el Doctor no es responsable por tratamientos dentales realizados previamente en otras oficinas dentales y entiendo que en el transcurso del nuevo tratamiento dental puede ser necesario el ajuste o remplazo de los anteriores. Reconozco que la garantia de los resultados o la satisfacion absoluta no son siempre posibles en los servicios odontologicos. Yo certifico y entiendo que soy financieramente responsable por todos los cargos incurridos, ya que sea que son pagados por el seguro o no. Por lo presente yo autorizo al doctor a divulgar toda la informacion que sea necesaria para asegurar el pago de los beneficios. Yo autorizo el uso de esta firma en todas las presentaciones que se hagan ante el seguro, ya sean que son hechas manualmente o electronicamente.

Por la presente reconozco que he leído y comprendido este consentimiento y el significado de su contenido. Tambien entiendo que debo informar cualquier cambio reciente en mi historial medico.

Fecha: _____ Relacion con el Paciente: _____
Firma del Paciente, Padre o Guardian

Information del Referido

A quien le podemos agradecer por habernos referido a nuestra practica?

Dental Office School Work Other _____

Nombre de la persona que lo refirio:

