



Benavent Dental

5820 Clarksville Square Dr · Clarksville MD 21029 · 443-535-9600 · fax 443-535-9601

BenaventDental.com · frontdesk@benaventdental.com

REGISTRO DE PACIENTE

Fecha: _____

Nombre _____ Sr. Sra. Srta. Dr. Rev.

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Zip _____

Fecha nacimiento ____/____/____ Estado civil: S C D V Tel. casa (____) _____

Núm. Seguro Social (SSN) _____ - _____ - _____ Sexo: M F Tel. trabajo (____) _____

Email _____ Tel. celular (____) _____

¿Cómo prefiere que lo contactemos para confirmar sus citas? Mensaje email Llamada por teléfono

Nombre del cónyuge _____ Fecha nacimiento cónyuge ____/____/____

Nombre y dirección del empleo _____ Ocupación _____

Persona responsable de esta cuenta _____ Relación con el paciente _____

Contacto en caso de emergencia _____ Tel. (____) _____

¿A quién le podemos agradecer el referido? _____

INFORMACIÓN SOBRE SU PLAN DENTAL

Nombre del suscriptor _____ Relación _____ Fecha nacimiento ____/____/____

ID# o SSN _____ Compañía de seguro _____

Dirección para reclamaciones _____

Tel. de la compañía (____) _____ Empleador _____ # de Grupo _____

¿Cobertura dental secundaria? No Sí: Favor de proveer información sobre su cobertura. Someteremos su factura dental a su plan. Usted será responsable de todos los co-pagos antes que su plan secundario se someta. Su plan secundario le reembolsará directamente a usted.

Nombre, dirección y teléfono del plan secundario _____

Yo entiendo que soy responsable para los cargos de este tratamiento aunque tenga plan y/o deducible.

Autorizo la divulgación de información relacionada a mi tratamiento dental y mi seguro dental.

Firma _____ Fecha _____

Favor de llenar el dorso con su historial médico y dental.

HISTORIAL DENTAL

Razón por la cual viene hoy _____

Al presente, ¿tiene alguna pregunta o queja dental? _____

¿Cuándo fue su última visita dental? _____ Nombre del dentista previo _____

Dirección del dentista previo _____ Tel. (____) _____

HISTORIAL MÉDICO

¿Visita su médico regularmente? Sí No Nombre del doctor _____

Dirección del doctor _____ Tel. (____) _____

¿Ha habido algún cambio en su salud general en el último año? No Sí, favor explique _____

Fecha de su último examen médico _____ Favor de anotar las medicinas, incluyendo sin receta, que está tomando actualmente: _____

¿Ha tenido alguna enfermedad grave, cirugía o ha sido hospitalizado en los últimos 3 años? No Sí, favor explique: _____

CONDICIONES (favor de marcar si tiene o ha tenido algunas de las siguientes enfermedades):

- | | | | |
|--|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Dolor de cabeza frecuente | <input type="checkbox"/> Fiebre reumática | ¿Usa tabaco o cigarrillos electrónicos? |
| <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> VIH+, SIDA | <input type="checkbox"/> Convulsiones | <input type="checkbox"/> No |
| <input type="checkbox"/> Válvula cardíaca artificial | <input type="checkbox"/> Enfermedad de corazón | <input type="checkbox"/> Problemas con los senos | <input type="checkbox"/> Sí: _____ |
| <input type="checkbox"/> Coyuntura artificial | <input type="checkbox"/> Soplo cardíaco | <input type="checkbox"/> Infarto | |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> Tatuaje | |
| <input type="checkbox"/> Transfusión de sangre | <input type="checkbox"/> Alta presión | <input type="checkbox"/> Condición de tiroide | |
| <input type="checkbox"/> Cáncer | <input type="checkbox"/> Ictericia | <input type="checkbox"/> Tuberculosis | |
| <input type="checkbox"/> Marcapaso cardíaco | <input type="checkbox"/> Riñones | <input type="checkbox"/> Tumor | |
| <input type="checkbox"/> Drogodependencia | <input type="checkbox"/> Baja presión | <input type="checkbox"/> Úlcera/problema estomacal | |
| <input type="checkbox"/> Problemas circulatorias | <input type="checkbox"/> Prolapso válvula mitral | <input type="checkbox"/> Enfermedad transmitida sexualmente | |
| <input type="checkbox"/> Tratamiento de cortisona | <input type="checkbox"/> Transplante de órgano | <input type="checkbox"/> Otro, favor explique: _____ | |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Dolor dentro/en oídos | Si es mujer, favor de contestar lo siguiente: | |
| <input type="checkbox"/> Diálisis renal | <input type="checkbox"/> Sangría prolongado | <input type="checkbox"/> Tomando pastillas anticonceptivas | |
| <input type="checkbox"/> Epilepsia | <input type="checkbox"/> Condiciones psiquiátricos | <input type="checkbox"/> Embarazada: ¿cuántos meses? _____ | |
| <input type="checkbox"/> Desmayos | <input type="checkbox"/> Enfermedad respiratoria | <input type="checkbox"/> Amamantando | |

ALERGIAS (favor de marcar si tiene o ha tenido algunas de las siguientes):

- | | | | | |
|-----------------------------------|---------------------------------------|---|--------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Aspirina | <input type="checkbox"/> Penicilina | <input type="checkbox"/> Látex | <input type="checkbox"/> Maíz | <input type="checkbox"/> Leche/caseína |
| <input type="checkbox"/> Codeína | <input type="checkbox"/> Eritromicina | <input type="checkbox"/> Metales | <input type="checkbox"/> Gluten | <input type="checkbox"/> Soja |
| <input type="checkbox"/> Joyería | <input type="checkbox"/> Tetraciclina | <input type="checkbox"/> Anestésias locales | <input type="checkbox"/> Otro: _____ | |

¿Hay alguna otra información que debería saber su dentista? _____

Atestiguo a la veracidad de la información en este formulario y autorizo al Dr. Benavent o personal designado que lleve a cabo los tratamientos dentales necesarios y mutuamente acordados por mi en lo que es necesario para mi cuidado dental apropiado.

Firma _____ Fecha _____