

**REGISTRACION DEL PACIENTE**

**NOMBRE:** \_\_\_\_\_ **TELEFONO:** \_\_\_\_\_  
**DIRECCION:** \_\_\_\_\_ **CIUDAD:** \_\_\_\_\_  
**CODIGO POSTAL:** \_\_\_\_\_ **FECHA DE NACIMIENTO:** \_\_\_\_\_  
**OTRO TELEFONO:** \_\_\_\_\_ **NUMERO DE SEGURO SOCIAL:** \_\_\_\_\_  
**CORREO ELECTRONICO:** \_\_\_\_\_  
**HA TENIDO ENFERMEDADES GRAVES O CIRUGIAS? SI \_\_\_ NO \_\_\_ CUALES?** \_\_\_\_\_  
**DOCTOR PRIMARIO Y TELEFONO:** \_\_\_\_\_  
**FECHA DEL ULTIMO EXAMEN DE RAYOS X:** \_\_\_\_\_  
**MOTIVO DE LA VISITA:** \_\_\_\_\_  
**REFERIDO POR:** \_\_\_\_\_

- |  |   |
|--|---|
| SI NO DOLOR DE PECHO?  | SI NO BOCA SECA?                          |
| SI NO HEPATITIS, ENFERMEDAD DEL HIGADO, ICTERICIA?                       | SI NO TIROIDE, ENFERMEDAD DE ADRENALINA?  |
| SI NO PERDIO PESO RECIENTEMENTE, FIEBRE?                                 | SI NO ENFERMEDAD DE LA PIEL?              |
| SI NO PROBLEMA DE SANGRAMIENTO, HACE FACIL HEMATOMAS?                    | SI NO ANEMIA?                             |
| SI NO DIFICULTAD PARA TRAGAR?  | SI NO PRESION ALTA?                       |
| SI NO DIARREA, CONSTIPACION, SANGRE EN LAS HECEZ FECALES?                | SI NO INFLAMACION DE LOS TOBILLOS?        |
| SI NO VOMITA FRECUENTEMENTE, NAUSEAS?                                    | SI NO PROBLEMA EN EL SENOS NASAL?         |
| SI NO ATAQUE DE CORAZON, DEFECTO EN EL CORAZON, SOPLO?                   | SI NO USA ALCOHOL, TABACO, CIGARRO, VINO? |
| SI NO FIEBRE REUMATICA?  | SI NO ENFERMEDAD DE LOS OJOS?             |
| SI NO DERRAME CEREBRAL, ENDURECIMIENTO DE LAS ARTERIAS?                  | SI NO DOLOR DE CABEZA?                    |
| SI NO ASMA, ENFISEMA PULMONAR, ENFERMEDAD DEL PULMON?                    | SI NO DIABETIS?                           |
| SI NO PROBLEMAS DE ESTOMAGO, ULCERA?                                     | SI NO TRANSFUSION DE SANGRE?              |
| SI NO ALERGIAS: MEDICAMENTOS, COMIDAS, GUANTES DE LATEX?                 | SI NO ARTICULACION ARTIFICIAL?            |
| SI NO ARTRITIS, REUMATISMO?  | SI NO ORINE EXCESIVO, SED?                |
| SI NO SIFILIS, GONORREA, SIDA, HERPES?                                   | SI NO CONVULSIONES?                       |
| SI NO ENFERMEDAD DEL RINON O VEJIGA?                                     | SI NO MAREOS, DESMAYOR?                   |
| SI NO DIFICULTAD PARA RESPIRAR?  |   |
| SI NO SONIDO EN SU OIDO?   |   |
| SI NO VISION BORROSA?  |   |
| SI NO TRATAMIENTO DE RADIACION, QUIMIOTERAPIA?                           |   |
| SI NO PROTESIS DE LA VALVULA DEL CORAZON, MARCAPASO?                     |   |
| SI NO MEDICAMENTOS QUE TOMA INCLUYE ASPIRINA O REMEDIOS NATURALES? _____ |   |

POR FAVOR SI TIENE ALERGIAS LAS PUEDE ESCRIBIR AQUI: \_\_\_\_\_  
SI NO SI USTED TUVO ALGUNA ENFERMEDAD O PROBLEMA MEDICO QUE NO ESTE INCLUIDO: \_\_\_\_\_

**SOLO MUJER:**

- SI NO ESTA USTED EMBARAZADA O ESTUVO?
- SI NO TOMA PASTILLAS DE CONTROL?

. YO REVICE Y ENTIENDO LA LEY DE RESPONSABILIDAD Y PORTABILIDAD DEL SEGURO DE SALUD EN LAS DOS ULTIMAS PAGINAS. (INICIALES) \_\_\_\_\_

. YO HE REVIZADO EL ACUERDO DE FINANCIAMIENTO (ULTIMAS PAGINAS) \_\_\_\_\_

. TURNOS PERDIDOS O CANCELADOS 48 HORAS ANTES SE LE COBRARA \$15.00 POR HORAS DE TURNO CON UN MAXIMO DE \$100.00.

. YO AUTORIZO EL PAGO DIRECTO DE LOS BENEFICIOS DENTALES AL DR STEVEN CRANE. D.M.D.

\_\_\_\_\_