

Tel (480) 508-6501
 Fax (480) 758-5789

Info@McDowellSmiles.com
 McDowellSmiles.com



Informacion de nuevo paciente

Me gustaría tomarme el tiempo y darle la bienvenida a nuestra práctica. Nos esforzamos por brindarle la mejor atención de calidad y, para hacerlo, nos encantaría saber un poco más sobre usted. Estamos aquí para ayudarlo, así que si necesita ayuda, no dude en consultar a uno de nuestros fantásticos representantes de servicio al paciente..

Nombre:	<input type="text"/>	Fecha de nacimiento	<input type="text"/>
Segundo nombre:	<input type="text"/>	Nombre Preferido	<input type="text"/>
Apellido	<input type="text"/>	Sexo	<input type="checkbox"/> masculino <input type="checkbox"/> femenino
Numero de celular	<input type="text"/>		
Correo electronico	<input type="text"/>		
Domicilio	<input type="text"/>	# de departamento	<input type="text"/>
Ciudad	<input type="text"/>	Estado	<input type="text"/>
		Codigo Postal	<input type="text"/>
Metodo de contacto preferido	<input type="checkbox"/> Correo electronico	<input type="checkbox"/> texto	<input type="checkbox"/> Llamada Telefonica
Idioma	<input type="checkbox"/> Ingles	<input type="checkbox"/> Farsi	<input type="checkbox"/> Espanol

Informacion de seguro dental

Nombre del seguro dental	<input type="text"/>
Nombre del suscriptor /asegurado	<input type="text"/>
Numero de ID del asegurado	<input type="text"/>
((Podriamos necesitar informacion de su seguro Social si no conoce su identificacion o tiene su tarjeta)	Numero de Grupo: <input type="text"/>
Empleador suscrito si hay uno	<input type="text"/>

Contacto de Emergencia

Nombre Numero de Telefono/Celular

Relacion

Tiene/tuvo algunas de las siguientes condiciones

	Y	N		Y	N
Diabetes			Desorden de sangrado		
Problemas del corazon			Ulcera		
Alta presion			Problema del Hgado		
Stroke			Problemas con rinones		
Ataque al corazon			Cuidado psiquiatrico		
Mormullo /soplo de corazon			Asthma		
Remplazo de Articuaciones			Problemas de sinusitis		

Dolor de cabeza cronico			Dolor Cronico		
-------------------------	--	--	---------------	--	--

Porfavor mencione si es alergico a algunas de las siguientes:

	Y	N		Y	N
Aspirina/Ibuprofen			Vicodin		
Amoxicillin/Penicilina			Clandomycina		
Epinephrina			Iodine / mariscos		
Anesthetics			Latex		
Porfavor enliste cual quier otra alergia no escrita en la anterior lista					

Esta o estubo tomando algunos de los siguientes medicamentos

	Y	N		Y	N
Coumadin \Warfarin			Bisphosphonate		
AspirinA			Actonel		
Otro tipo de adelgazado de sangre			Boniva		
Plavix			Fosomax		
Por favor mencione algun otro medicamento que esta tomando					
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____

Por que Razon vino a nuestra oficina ?	_____
Tiene algun dolor	_____
I si es asi como deciria su dolor?	_____
Esta contento con su sonrisa ?	_____
Fuma o masca tabaco	_____

Esta interesado de algunos de los siguientes tratamientos ? Le gustaria Dr. Rouhani le explicara

Mas ampliamente

	Y	N		Y	N
Blancamiento Dental			Blancamiento el mismo dia		
Remplazamiento de de dientes faltantes			Implantes Dentales		
Dentaduras			Dentaduras sobre implantes		
Ortodoncia			Invisalign/frenos transparentes		
Tratamiento cosmetico			Veneers		

Porfavor verifique la informacion proveida es cierta y de su mayor conocimiento.

A la ves tenemos la oportunidad de ayudarle o hacer preguntas de alguna duda

Nobre de la persona y firma	_____
Relacion del paciente	_____
Fecha de hoy _____	