HISTORIA MÉDICA

Nombre del paciente:_____
Fecha de nacimiento:_____

Aunque el personal dental principalmente tratan el área y alrededor de su boca, su boca es una parte de su cuerpo. Los problemas de salud que pueda tener, o medicamentos que esté tomando, podrían tener una importante relación con la odontología que usted recibirá. Gracias por contestar las siguientes preguntas.

¿Está usted bajo el cuidado de un médico ahora?	☐Sí ☐No	En caso afirmativo, sírvase explicar:_____
¿Alguna vez ha sido hospitalizado o tenido una operación mayor?	☐Sí ☐No	En caso afirmativo, sírvase explicar:_____
¿Ha tenido alguna vez una lesión grave en la cabeza o en el cuello?	☐Sí ☐No	En caso afirmativo, sírvase explicar:_____
¿Está usted tomando algún medicamento, pastillas, o drogas?	☐Sí ☐No	En caso afirmativo, sírvase explicar:_____
¿Toma o ha tomado, Phen-Fen o Redux?	☐Sí ☐No	_____
Alguna vez a tomado Fosamax, Boniva, Actonel,o cualquier otro medicamento que contenga bifosfonatos?	☐Sí ☐No	_____
Esta usted en una dieta especial?	☐Sí ☐No	
¿Usa tabaco?	☐Sí ☐No	
¿Usted usa sustancias controladas?	☐Sí ☐No	

Mujeres: ¿Está usted
Embarazada o tratando de quedar embarazada? ☐Sí ☐No Toma anticonceptivos orales? ☐Sí ☐No Esta amamantando? ☐Sí ☐No

Es usted alérgico a cualquiera de los siguiente?
☐Aspirina ☐Penicilina ☐Codeína ☐Acrílico ☐Metálico ☐Látex ☐Anestésicos locales Sulfamida
☐Otros En caso afirmativo, sírvase explicar:_____

¿Tiene, o ha tenido, cualquiera de los siguientes?

SIDA / HIV Positivo	☐Sí ☐No	Cortisona	☐Sí ☐No	Hemofilia	☐Sí ☐No	Tratamiento con radiación	☐Sí ☐No
Enfermedad de Alzheimer's	☐Sí ☐No	Diabetes	☐Sí ☐No	Hepatitis A	☐Sí ☐No	Pérdida de peso reciente	☐Sí ☐No
Anafilaxia	☐Sí ☐No	Drogadicción	☐Sí ☐No	Hepatitis B o C	☐Sí ☐No	Diálisis renal	☐Sí ☐No
Anemia	☐Sí ☐No	Fácilmente pierde el aliento	☐Sí ☐No	Herpes	☐Sí ☐No	Fiebre reumática	☐Sí ☐No
Angina	☐Sí ☐No	Enfisema	☐Sí ☐No	Presión arterial alta	☐Sí ☐No	Reumatismo	☐Sí ☐No
Artritis/Gota	☐Sí ☐No	Epilepsia o convulsiones	☐Sí ☐No	Colesterol Alto	☐Sí ☐No	Escarlatina	☐Sí ☐No
Válvula del corazón artificial	☐Sí ☐No	Sangrado excesivo	☐Sí ☐No	Ronchas o erupción cutánea	☐Sí ☐No	Herpes	☐Sí ☐No
Articulación artificial	☐Sí ☐No	Sed excesiva	☐Sí ☐No	Hipoglucemia	☐Sí ☐No	Enfermedad de células falciformes	☐Sí ☐No
Asma	☐Sí ☐No	Desmayos / vértigo	☐Sí ☐No	Latido irregular del corazón	☐Sí ☐No	Problemas del seno nasal	☐Sí ☐No
Enfermedad arterial	☐Sí ☐No	Tos frecuente	☐Sí ☐No	Problemas de los riñones	☐Sí ☐No	Espina Bífida	☐Sí ☐No
Transfusión de sangre	☐Sí ☐No	Diarrea frecuente	☐Sí ☐No	Leucemia	☐Sí ☐No	Enfermedad estomacal/intestinal	☐Sí ☐No
Problemas respiratorio	☐Sí ☐No	Dolores de cabeza frecuente	☐Sí ☐No	Enfermedades del Hígado	☐Sí ☐No	Ataque fulminante	☐Sí ☐No
Cáncer	☐Sí ☐No	Glaucomas	☐Sí ☐No	Presión arterial baja	☐Sí ☐No	Hinchazón de las extremidades	☐Sí ☐No
Moretonescon facilidad	☐Sí ☐No	Herpes Genital	☐Sí ☐No	Enfermedad pulmonar	☐Sí ☐No	Enfermedad de la Tiroides	☐Sí ☐No
Quimioterapia	☐Sí ☐No	Fiebre del heno	☐Sí ☐No	Prolapso de la válvula mitral	☐Sí ☐No	Amigdalitis	☐Sí ☐No
Dolores en el pecho	☐Sí ☐No	Ataque/Falla del corazón	☐Sí ☐No	Osteoporosis	☐Sí ☐No	Tuberculosis	☐Sí ☐No
Herpes labial/Fiebre Ampollas	☐Sí ☐No	Soplo cardíaco	☐Sí ☐No	Dolor en la articulacion de la quijada	☐Sí ☐No	Tumores o crecimientos	☐Sí ☐No
Cardiopatía congénita	☐Sí ☐No	Marcapasos en el Corazón	☐Sí ☐No	Enfermedad paratiroidea	☐Sí ☐No	Úlceras	☐Sí ☐No
Convulsiones	☐Sí ☐No	Problemas/Enfermedad del corazón	☐Sí ☐No	Atención Psiquiátrica	☐Sí ☐No	Enfermedad venérea	☐Sí ☐No
						La ictericia amarilla	☐Sí ☐No

¿Ha tenido alguna enfermedad grave que no figura en la lista de arriba? ☐Sí ☐No En caso afirmativo, sírvase explicar:_____

Comentarios: _____
_____
_____
_____
_____

En lo mejor de mi conocimiento, las preguntas de este cuestionario se han contestado correctamente. Entiendo que el proporcionar información incorrecta puede ser peligroso para mi salud (o del paciente). Es mi responsabilidad informar a la oficina dental de cualquier cambio en el estado médico.

Firma del paciente, padre o tutor_____ Fecha_____

TIME 05:16 PM DATE 7/28/2016

PATIENT REGISTRATION

ID: Chart ID:

First Name: Last Name: Middle Initial:

Patient Is: ☐ Policy Holder ☐ Responsible Party Preferred Name:

Responsible Party (if someone other than the patient)

First Name: Last Name: Middle Initial:

Address: Address 2:

City, State, Zip: Pager:

Home Phone: Work Phone: Ext: Cellular:

Birth Date: Soc Sec: Drivers Lic:

☐ Responsible Party is also a Policy Holder for Patient ☐ Primary Insurance Policy Holder ☐ Secondary Insurance Policy Holder

Patient Information

Address: Address 2:

City: State / Zip: Pager:

Home Phone: Work Phone: Ext: Cellular:

Sex: ☐ Male ☐ Female Marital Status: ☐ Married ☐ Single ☐ Divorced ☐ Separated ☐ Widowed

Birth Date: Age: Soc Sec: Drivers Lic:

E-mail: ☐ I would like to receive correspondences via e-mail.

Section 2

Employment Status: ☐ Full Time ☐ Part Time ☐ Retired

Student Status: ☐ Full Time ☐ Part Time

Medicaid ID: Pref. Dentist:

Employer ID: Pref. Pharmacy:

Carrier ID: Pref. Hyg:

Section 3

referred by:

Primary Insurance Information

Name of Insured: Relationship to Insured: ☐ Self ☐ Spouse ☐ Child ☐ Other

Insured Soc. Sec: Insured Birth Date:

Employer: Ins. Company:

Address: Address:

Address 2: Address 2:

City, State, Zip: City, State, Zip:

Rem. Benefits: Rem. Deduct:

Secondary Insurance Information

Name of Insured: Relationship to Insured: ☐ Self ☐ Spouse ☐ Child ☐ Other

Insured Soc. Sec: Insured Birth Date:

Employer: Ins. Company:

Address: Address:

Address 2: Address 2:

City, State, Zip: City, State, Zip:

Rem. Benefits: Rem. Deduct:

Authorization for Release of Information - Compound Authorization

Name of Patient _____ Date of birth _____

Water Oak Dental Group - Drs Krishingner Root & Assoc is authorized to release protected health information about the above named patient in the following manner and to identified persons.

Entity to Receive Information. Check each person/entity that you approve to receive information.	Description of information to be released. Check each that can be given to person/entity on the left in the same section.	
◯ Voice Mail	◯ Results of tests/x-rays other _____	
◯ Other person(s) (provide name and phone number) _____	◯ Financial ◯ Dental	
◯ Email communication - Provide email address* _____	◯ Financial ◯ Dental	◯ Breach Notification ◯ Appointment Reminder
** in order for email communication to occur, please accept the disclosure below**		
◯Text Communication - provider number* _____	◯ Financial ◯ Dental	
for text communication to occur, accept the disclosure below		
◯ For email/text communication I understand that if email is not sent in an encrypted manner there is a risk it could be accessed inappropriately. I still elect to receive email communication.		
◯ Photo of patient received by patient or legal guardian ◯ Photo taken by staff (ex: pre/post procedure) ◯ Other	◯ May be posted in office ◯ May be posted on website ◯ Other _____	

Patient Rights:

1. I have the right to revoke this authorization at any time.
2. I may inspect or copy the protected health information to be disclosed as described in this document.
3. Revocation is not effective in cases where the information has already been disclosed but will be effective going forward.
4. Information used or disclosed as a result of this authorization may be subject to redisclosure by the recipient and may no longer be protected by federal or state law.
5. I have the right to refuse to sign this authorization and that my treatment will not be conditioned on signing.

The information is released at the patient's request and this authorization will remain in effect until revoked by the patient.

_____ Date _____

signature of patient or personal representative

* Description of Personal representative's authority (attach necessary documentation)

_____