

HOJA DE REGISTRACION

Fecha de nacimiento:	Estado civil: Soltero/a Casado/a	Correo Electrónico:
Nombre:	Segundo Nombre:	Es un veterano de guerra: Si / No
Apellido:	Está embarazada: Si / No Fecha de parto:	
Sexo: M F Seguro Social: _____ - _____ - _____	Tiene seguro médico: Si / No	Medicare <input type="checkbox"/> Privado <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/>
Caja Postal:	Ciudad:	Codigo:
Dirrección Física:	Cubre salud para la mujer: Si / No	
Ciudad, Estado, Código:	Su empleador:	
# Teléfono:	# celular:	Otro trabajo:
Como cortesía hacemos recordatorios a nuestros pacientes antes de sus citas. Podemos dejarle un mensaje en su teléfono, y si es así, que numero es el mejor para contactarnos con usted? _____		Tiene negocios propio: Si / No
Otro tipo de ingresos económicos:		
Padre o Tutor, si el paciente es menor de 18 anos: _____		

Ingreso Familiar \$ _____ Semanal / Quincenal / Mensual / Anual
 Numero de personas (incluya a todas las personas que viven con este ingreso) _____

Marque con un círculo:

RAZA	LENGUAJE	ORIGEN ETNICO
NEGRO O AFROAMERICANO	LENGUAJE DE SEÑAS	HISPANO/A
INDOAMERICANO O NATIVO DE ALASKA	INGLES	NO HISPANO/A
ASIATICO	FRANCES	NO LO SABE O NO LO REPORTA
BLANCO	POLACO	X
NATIVO DE HAWAII O DE OTRA ISLA DEL PACIFICO	RUSO	
NO LO SABE O NO LO REPORTA	ESPAÑOL	
	OTRO	

Por favor díganos a quien podemos contactar en caso de emergencia (padre o adulto encargado, si es menor de 18).

Una emergencia puede ser sangrado severo, pérdida de conocimiento, accidente o cualquier condición, que involucre transporte en ambulancia u hospitalización. Los servicios de salud para la mujer NO requieren permiso de los padres y no requiere del uso de la tarjeta "Care Card". Si eres menor de 18 años en una situación de emergencia, le notificaremos a sus padres o adulto encargado.

¿Este contacto de emergencia sabe que estás recibiendo servicios en esta clínica? SI ___ NO ___

Contacto en caso de emergencia: _____

Relación _____ Teléfono _____

Yo, certifico que la información arriba detallada es verdadera, precisa y fue completada bajo mi conocimiento (información falsa o incorrecta resultará en cancelación de los servicios). Yo, autorizo a cualquier representante de la Clínica Comunitaria para que se comunique con cualquier persona o agencia para verificar mi información. En caso que ustedes requieran más información, me comprometo en presentarla durante los próximos treinta días.

Me comprometo notificar a la Clínica Comunitaria cualquier tipo de cambio correspondiente al número de miembros en la familia, dirección, teléfono, ingresos, obtención de seguro médico o cualquier tipo de información esencial. Es de mi conocimiento, que tengo que presentar mi tarjeta para cada cita.

Entiendo que soy responsable por todos los cargos de servicio y me comprometo a pagarlos a la hora de mi visita. Doy mi consentimiento para que el equipo médico de la Clínica Comunitaria me brinde todos los tratamientos que ellos determinen que sean necesarios.

Si este formulario es completado por otra persona, díganos cuál es su relación con esta persona

Nombre: _____ Relación: _____

X **X**

Firma del Solicitante

Fecha

FOR STAFF USE ONLY

SYSC	TITLE X	FULL FEE
ANNUAL INCOME \$ _____		
FEE CODE _____	HH _____	

DENTAL	TEMP	PRENATAL	CC	CICP
ANNUAL INCOME \$ _____				
FEE CODE _____		HH _____		
EXPIRATION ____ / ____ / ____				

Limited English Proficiency? YES NO

INITIALS _____

DATE ____ / ____ / ____

Historia de Salud Dental de la Clínica Comunitaria

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Fecha de Hoy: _____

Información Dental – Por favor circule Si o No.

- ¿Le sangran las encías cuando se cepilla o cuando usa seda dental? **Si o No**
- ¿Tienes dientes sensibles? **Si o No**
- ¿Sufre de boca seca? **Si o No**
- ¿Ha tenido algún tratamiento periodontal (de la encía)? **Si o No**
- ¿Ha tenido tratamientos de ortodoncia (frenos)? **Si o No**
- ¿Ha sufrido alguna lesión grave en la cabeza o en la boca? **Si o No**
- ¿Ha tenido algún problema asociado con un tratamiento dental anterior? **Si o No**
- ¿Tiene algún ruido, salto o molestia en la mandíbula? **Si o No**
- ¿Tiene bruxismo o rechina los dientes? **Si o No**
- ¿Tiene lesiones o úlceras en su boca? **Si o No**

Fecha de su último examen dental: _____

¿Tiene dolor o molestias dentales en este momento? Por favor describa. _____

Cuál es el motivo de su visita al dentista hoy? _____

Información Médica – Por favor circule Si o No.

- ¿Se encuentra ahora bajo el cuidado de un médico? **Si o No**
- ¿Ha habido algún cambio en su salud general durante el último año? ¿Si es así, qué condición le **Si o No**
- ¿Están tratando? _____
- Fecha de su último examen médico: _____
- ¿Ha tenido alguna enfermedad grave, operación o ha sido hospitalizado/a en los últimos 5 años? _____ **Si o No**
- ¿Está tomando o ha tomado recientemente algún medicamento recetado o sin receta? _____ **Si o No**
- Liste todos los medicamentos que está tomando. _____

• Sólo para mujeres:

¿Está usted Embarazada? **Si o No** Número de semanas: _____ ¿Amamantando? **Si o No**

Alergias

Es usted alérgico – o ha tenido alguna reacción - a:

Anestésicos locales	Si o No	Codeína u otros narcóticos	Si o No	Sulfas	Si o No
Aspirina	Si o No	Metales	Si o No	Polen/ estacional	Si o No
Penicilina u otros antibióticos	Si o No	Látex (goma)	Si o No	Alimentos	Si o No
Barbituratos, sedativos o pastillas para dormir			Si o No	Yodo	Si o No
Otros: _____					

Condiciones Médicas /Enfermedades

¿Ha tenido o tienes alguna de las siguientes condiciones?

Enfermedad cardiovascular	Si o No	Enfermedad autoinmune	Si o No	Alteraciones de la tiroides	Si o No
Angina	Si o No	Artritis reumatoidea	Si o No	Derrame cerebral	Si o No
Insuficiencia cardiaca congestiva	Si o No	Lupus eritematoso sistémico	Si o No	Glaucoma	Si o No
Daño en las válvulas cardíacas	Si o No	Asma	Si o No	Hepatitis o enfermedad hepática	Si o No
Infarto del miocardio	Si o No	Bronquitis	Si o No	Epilepsia	Si o No
Soplo en el corazón	Si o No	Enfisema	Si o No	Desmayos o ataques epilépticos	Si o No
Presión arterial baja	Si o No	Sinusitis	Si o No	Alteraciones neurológicas	Si o No
Presión arterial alta	Si o No	Tuberculosis	Si o No	Alteraciones del sueño	Si o No
Prolapso de la válvula mitral	Si o No	Cáncer/Quimioterapia		Alteraciones mentales	Si o No
Marcapasos	Si o No	Radioterapia	Si o No	Infecciones recurrentes	Si o No
Fiebre reumática	Si o No	Dolores de pecho por esfuerzo	Si o No	Alteraciones renales	Si o No
Enfermedad cardiaca reumática	Si o No	Dolor crónico	Si o No	Sudor nocturno	Si o No
Sangramiento anormal	Si o No	Diabetes: Tipo I o Tipo II	Si o No	Osteoporosis	Si o No
Anemia	Si o No	Trastornos de alimentación	Si o No	Inflamación persistente de los ganglios del cuello	Si o No
Transfusión sanguínea	Si o No	Malnutrición	Si o No	Cefaleas graves/jaquecas	Si o No
Hemofilia	Si o No	Enfermedad gastrointestinal	Si o No	Pérdida de peso severa o rápida	Si o No
SIDA o infección por HIV	Si o No	Reflujo G.E./ardor persistente	Si o No	Enfermedades venéreas	Si o No
Artritis	Si o No	Úlceras	Si o No	Orina en forma excesiva	Si o No

Articulaciones Artificiales.

¿Ha tenido algún reemplazo ortopédico total de una articulación (cadera, rodilla, codo, dedo)?

Si o No

Fecha: _____ ¿Si es así, ha tenido alguna complicación? _____

Medicamento Bisfosfonatos

• Está tomando o tiene que empezar a tomar uno de estos medicamentos, alendronate (Fosamax®) o risedronato (Actonel®) por osteoporosis o enfermedad de Paget? **Si o No**

• Desde 2001, ha sido o está siendo tratado/a, o tiene que empezar un tratamiento con estos bisfosfonatos intravenosos (Aredia® or Zometa®) Por dolor en los huesos, hipercalcemia o por alteraciones esqueléticas resultado de las enfermedad de Paget, del mieloma múltiple o de un Cáncer metastático? **Si o No**

Fecha del comienzo del Tratamiento: _____

Premedication

¿Has tenido o tienes alguna de las siguientes condiciones?

Válvula cardíaca artificial (prótesis) **Si o No**

Previa endocarditis infecciosa **Si o No**

Válvulas dañadas en corazón trasplantado **Si o No**

Enfermedad cardíaca con genital (ECC)

ECC cianótica, sin reparar **Si o No**

Reparada en los últimos 6 meses (completamente) **Si o No**

ECC reparada con defectos residuales **Si o No**

¿Le ha recomendado algún médico o su dentista anterior que tome antibióticos antes de su tratamiento dental?

Si o No

¿Toma alcohol o usa drogas? **Si o No**

Si respondió SI continúe

• ¿Ha tomado más de 3 (mujeres) o 4 (hombres) bebidas alcohólicas (incluyendo la cerveza) en un mismo día en los últimos 3 meses?

Si o No

• ¿Toma más de 7 (mujeres) o 14 (hombres) bebidas alcohólicas por semana?

Si o No

• ¿En los últimos 12 meses, ha usado drogas que NO son parte de algún tratamiento médico?

Si o No

• ¿Han utilizado alguna vez drogas IV?

Si o No

• ¿Ha fumado cigarrillo y/o usado otro producto con tabaco en los últimos 3 meses?

Si o No

Durante las **últimas dos semanas**, ha tenido alguna de los siguientes problemas **más de la mitad del tiempo**?

• ¿Bajo de ánimo, deprimido/a o sin esperanza? **Si o No**

• ¿Poco interés en hacer actividades cotidianas? **Si o No**

Firma del Dr. _____