

# Registración de Paciente

**Información del paciente**

Paciente \_\_\_\_\_  
Apellido Primer Segundo

Dirección de Casa \_\_\_\_\_  
Calle Ciudad Estado Zip

Fecha de Nacimiento	Sexo	Peso	Edad
---------------------	------	------	------

Tele. de casa: ( ) - \_\_\_\_\_  
 # del trabajo: ( ) - \_\_\_\_\_  
 # de celular: ( ) - \_\_\_\_\_

Empleador \_\_\_\_\_ Ocupación \_\_\_\_\_

Número Seguro Social \_\_\_\_\_ - - - - - Estudiante  Tiempo Completo  Tiempo Parcial

Pariente/compañero viviendo en la misma dirección: \_\_\_\_\_

**Grupo Responsable de Finanzas**

Persona Responsable por la Cuenta \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_

Tele. de casa: ( ) - \_\_\_\_\_  
 # del trabajo: ( ) - \_\_\_\_\_  
 # de celular: ( ) - \_\_\_\_\_

Calle \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Zip \_\_\_\_\_

SS# del Grupo Responsable \_\_\_\_\_ - - - - -

---

PRIMER empresa de seguro \_\_\_\_\_ Empleador \_\_\_\_\_

( ) - \_\_\_\_\_  
 Teléfono

Dirección del primer empresa de seguro \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Zip \_\_\_\_\_

Asegurado \_\_\_\_\_ FDN \_\_\_\_\_ ID# \_\_\_\_\_ Grupo# \_\_\_\_\_

SEGUNDA empresa de seguro \_\_\_\_\_ Empleador \_\_\_\_\_

( ) - \_\_\_\_\_  
 Teléfono

Dirección del Segundo Seguro \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Zip \_\_\_\_\_

Asegurado \_\_\_\_\_ FDN \_\_\_\_\_ ID# \_\_\_\_\_ GRUPO# \_\_\_\_\_

**Historia Fisical del Paciente**

1. Ha sido hospitalizado en los últimos 5 años?  Sí  No  
 Para que? \_\_\_\_\_

2. Actualmente está bajo el cuidado de un doctor por cualquier razón?  Sí  No  
 Para que? \_\_\_\_\_

3. Nombre las medicaciones que toma: \_\_\_\_\_

4. Ha tenido cualquiera del siguiente?

<input type="checkbox"/> Fiebra Rheumática	<input type="checkbox"/> Presión Alta	<input type="checkbox"/> Enfermedad de Corazón	<input type="checkbox"/> Hemofilia
<input type="checkbox"/> Artritis	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Excesivo Desangramiento	<input type="checkbox"/> Dificultad del Seno
<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Ictericia	<input type="checkbox"/> Hepatitis	<input type="checkbox"/> Tos Cronico
<input type="checkbox"/> Enfisema	<input type="checkbox"/> Nefritis	<input type="checkbox"/> Tuberculosis	<input type="checkbox"/> Anemia
<input type="checkbox"/> Dolor del Pecho	<input type="checkbox"/> Convulsiones	<input type="checkbox"/> Derrame Cerebral	<input type="checkbox"/> Glaucoma
		<input type="checkbox"/> Murmullo del Corazón	<input type="checkbox"/> VIH-SIDA

5. Tiene alergias a cualquiera del siguiente?

<input type="checkbox"/> Novocaina	<input type="checkbox"/> Pentothal	<input type="checkbox"/> Penicilinas	<input type="checkbox"/> Aspirina
<input type="checkbox"/> Codeína	<input type="checkbox"/> Otro Medicaciones	<input type="checkbox"/> Demerol	<input type="checkbox"/> Calmantes
<input type="checkbox"/> Drogas de Sulfa	<input type="checkbox"/> Lortab	<input type="checkbox"/> Otro: _____	

6. Ha tenido cualquier otra enfermedad seria requiriendo el cuidado  Sí  No

7. Ha estado con tos o resfiado recién?  Sí  No

8. Fuma?  Sí  No  
 Cuantos por día? \_\_\_\_\_

9. Está embarazada? (Mujeres)  Sí  No

10. Como se llama la dentistade su familia? \_\_\_\_\_  
 Donde está su oficina? \_\_\_\_\_

11. Doctor personal/de su familia: \_\_\_\_\_  
 Ciudad donde está su oficina? \_\_\_\_\_

12. Cómo se enteró de nuestra oficina? \_\_\_\_\_

