

Art A. Salinas, D.D.S.
Stacy R. Beltran, D.D.S., M.S.



Cornerstone Office

4620 S. McColl Rd.
Edinburg, TX 78539

Phone: (956) 317-0000
Fax: (956) 627-0668

RGV Endodontics

1610 E. Harrison Ave.
Harrison, TX 78550

Phone: (956) 412-9500
Fax: (956) 412-1146

Registro de Paciente

Bienvenidos a Nuestra Oficina!

Porfavor lea y complete el formulario cuidadosamente. Si tiene preguntas porfavor avisenos antes de firmar.

Nombre: _____
Apellido Primer Inicial Nombre de preferencia

Sexo: Masculino Femenino **Estado Civil:** Casado(a) Soltero(a) Menor Otro

Casa #: _____ **Mobil #:** _____ **SS #:** _____ **Fecha de Nacimiento:** _____

Direccion: _____ **Ciudad, Estado, Codigo Postal:** _____

Correo Electronico: _____ **Mejor tiempo para llamar:** AM / PM

En caso de emergencia, a quien contactamos? Nombre/numero de mobil: _____

A quien le agradecemos por su preferencia? Dr. _____ Google Periodico Amistad

Seguro Dental: Si ___ No ___ Aetna Ameritas BCBS Delta Dental Guardian Humana MetLife Otro: _____

Seguro Dental Primario:

Nombre del seguro: _____

Numero de telefono #: () _____

Nombre de la persona asegurada: _____

Fecha de nacimiento de la persona asegurada: ____ / ____ / ____ Numero Social #: ____ - ____ - ____

Nombre de Empleo: _____

Relacion del paciente con el asegurado(a): _____

Seguro Dental Secundario:

Nombre del seguro: _____

Numero de telefono #: () _____

Nombre de la persona asegurada: _____

Fecha de nacimiento de la persona asegurada: ____ / ____ / ____ Numero Social # ____ - ____ - ____

Nombre de Empleo: _____

Relacion del paciente con el asegurado(a): _____

Su salud en general: Excelente _____ Buena _____ Pasable _____ Mala _____

Nombre del doctor medico: _____ **Fecha de su ultimo fisico:** _____

Cambios de salud en el ultimo año? Si No

Alergias alguno de estos medicamentos: Aspirina Penicilina Codina Latex Anestesia Otro

Alergias a otros medicamentos no mencionados? _____

Porfavor de apuntar cualquier medicamento que este actualmente tomando.

Oficina solamente: BP: _____ P: _____

Historial Medico: Porfavor de verificar si tiene o a tenido:

<input type="checkbox"/> Pre-Med – Amoxicilina	<input type="checkbox"/> Pre-Med - Clindamicina	<input type="checkbox"/> Pre-Med - Otro	<input type="checkbox"/> Alergias
<input type="checkbox"/> SIDA/VIH Positivo	<input type="checkbox"/> Artritis/gota	<input type="checkbox"/> Dolor de Cabeza	<input type="checkbox"/> Latido del Corazon irregular
<input type="checkbox"/> Bisfosfonatos	<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Cancer	<input type="checkbox"/> Articulaciones artificiales
<input type="checkbox"/> Anemia	<input type="checkbox"/> Enfermedad de la sangre	<input type="checkbox"/> Mareos	<input type="checkbox"/> Diabetes ultimo A1C: Fecha:
<input type="checkbox"/> Enfermedad de Alzheimer	<input type="checkbox"/> Glaucoma	<input type="checkbox"/> Desmayos	<input type="checkbox"/> Soplo caridaco
<input type="checkbox"/> Epilepsia/ataques	<input type="checkbox"/> Valvula Cardiaca artificial	<input type="checkbox"/> Enfermedad cardiaca	<input type="checkbox"/> Hepatitis
<input type="checkbox"/> Herpes Genital	<input type="checkbox"/> Enfermedad del riñon	<input type="checkbox"/> Problemas de corazon	<input type="checkbox"/> Rinitis alergica
<input type="checkbox"/> Alta Presion Sanguinea	<input type="checkbox"/> Presion arterial baja	<input type="checkbox"/> Sangrado excesivo	<input type="checkbox"/> Trastorno mental
<input type="checkbox"/> TMJ Articulacion Tempomandibular	<input type="checkbox"/> Tiroides	<input type="checkbox"/> Enfermedad del higado	<input type="checkbox"/> Marcapasos
<input type="checkbox"/> Accidente Cerebrovascular	<input type="checkbox"/> Perdida de peso reciente	<input type="checkbox"/> Problemas estomacales	<input type="checkbox"/> Ulceras
<input type="checkbox"/> Urticaria/Sarpullido	<input type="checkbox"/> Dialisis renal	<input type="checkbox"/> Enfermada pulmonar	
<input type="checkbox"/> Enfermedad venerea	<input type="checkbox"/> Drogadiccion	<input type="checkbox"/> Otro	

Tiene algun otro problema medico no mencionado anteriormente? Si No Si, porfavor apunte: _____

Una radiografia puede ser necesaria hoy para establecer un diagnostic completo.

Mujeres Solamente: Esta embarazada Si No

Cuando fue su ultima limpieza dental? _____

Fumas? Si No Si, con que frecuencia? _____

Con que frecuencia visita a su dentista? 3 meses. 4 meses. 6 meses. 12 meses. No rutinariamente

Con que frecuencia se cepilla los dientes? Una vez al dia Dos veces al dia Cualquier otro dia No rutinariamente

Con que frecuencia usa el hilo dental? _____

Su cepillo dental es () Suave () Mediano () Duro? Usa () Cepillo regular () Cepillo electrico?

Que mas usa para limpiar sus dientes? () palillo () hilo dental () waterpic, () otro _____

Forma de Consentimiento:

He revisado el historial medico y todo esta correcto . Si hay algun cambio en mi salud o medicamentos que eh tomado le voy a informar al doctor en la siguiente cita. Doy mi consentimiento para el tratamiento por mis proveedores de servicios de salud dental de esta oficina.

Nomre del paciente (molde): _____

Fecha: _____

Paciente/tutor(firma): _____

Notificacion sobre el aviso recibido de las Practicas Privadas

Me dieron la oportunidad de revisar una copia de la Informacion de Practicas Privadas de Cornerstone Periodontics and Implant Dentistry. **Estoy de acuerdo en que soy financieramente responsable de todos los cambios ya sean pagados o no por mi seguro.** Yo autorizo que mi seguro le pague al dentista todos los beneficios del seguro, si alguno, que de otro modo se me pagarían a mi por servicios prestados.

Yo autorizo el uso de la firma en todas las presentaciones de seguros. Yo autorizo el uso de cualquier informacion dental necesaria para procesar esta y todas las reclamaciones en el futuro.

Permito una copia de esta autorizacion ser usada en lugar de la original.

HIPPA require una practica dental para hacer una buena fe en obtener la firma del paciente en el momento en que brinda la informacion de Practicas Privadas al Paciente.

Art A. Salinas, D.D.S.

Stacy R. Beltran, D.D.S., M.S.

Notificacion sobre el aviso recibido de las Practicas Privadas

Nombre del paciente (molde)

Paciente/tutor (firma)

Fecha