



# Formulario de registro de paciente

## 2023

**DENTAL USE ONLY:**  
80% 60% 40%

Nueva paciente  Paciente que regresa

\*Pacientes que regresan: si su historial de salud no ha cambiado, omita la parte del historial de salud de este formulario (Páginas 7-9)

### INFORMACIÓN DEL PACIENTE:

Nombre: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_  
(Apellido) (Primer Nombre)

Inicial del segundo nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Sexo:  Masculino  Femenina  Transgénero: Masculino a Femenina  Transgénero: Femenina a Masculino  
 Género no Conforme  Otro: \_\_\_\_\_  Prefiero no responder

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_ Condado: \_\_\_\_\_

¿Estuvo sin hogar o tuvo una vivienda inestable en los últimos 12 meses?  Si  No

Lenguaje(s): \_\_\_\_\_ ¿Necesita Interprete?:  Si  No

Estado Marital:  Soltera(o)  Casada(o)  Separada(o)  Divorciada(o)  Viuda(o)

¿Alguna vez se enlisto en el ejército de los EE. UU?  Si  No

#### RAZA:

- |  |   |   |                                       |
|--|---|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Africano/a              | <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái / Islas del Pacífico | <input type="checkbox"/> Indio/a Americano/a o Nativo/a de Alaska | <input type="checkbox"/> Multirracial |
| <input type="checkbox"/> Afroamericano/a o Negro | <input type="checkbox"/> Blanco/a                             | <input type="checkbox"/> Árabe/Medio Oriente                      | <input type="checkbox"/> Desconocid   |
| <input type="checkbox"/> Asiático/a              | <input type="checkbox"/> Hispano/a o Latino/a                 |   |                                       |

### INFORMACIÓN DE CONTACTO:

Correo Electronico: \_\_\_\_\_

Num. Telefónico (Principal): \_\_\_\_\_  Cel  Hogar  Otro: \_\_\_\_\_

Num. Telefónico (Secundario): \_\_\_\_\_  Cel  Hogar  Otro: \_\_\_\_\_

**Es posible que necesitemos comunicarnos con usted sobre información de su salud. Por favor, marque su preferencia de cómo podemos dejar mensajes con respecto a esta información:**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Correo de voz                                    | <input type="checkbox"/> Solo contactar a UNA PERSONA ESPECÍFICA: |
| <input type="checkbox"/> Mensajes de texto                                | Proporcione el nombre de la persona:                              |
| <input type="checkbox"/> Marque aquí para optar para no recibir mensajes. | _____   |
|   | <input type="checkbox"/> Otra persona: _____                      |

**Por favor, enumere un contacto de EMERGENCIA debajo:**

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_

**Enumere las hospitalizaciones, cirugías o visitas a la sala de emergencias que haya tenido.**

1. \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ 3. \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ 4. \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Staff Initials: \_\_\_\_\_ Patient Name: \_\_\_\_\_ INTAKE 1

## REGISTROS DE SALUD MÉDICO/DENTAL:

Estoy actualmente conectado/a con la clínica  Si  No

Dental  Médico  Consejería de salud mental  Actual  Previo

Clínica/Nombre del Doctor o Proveedor de Salud: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Num. Telefónico: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

Dental  Médico  Consejería de salud mental  Actual  Previo

Clínica/Nombre del Doctor o Proveedor de Salud: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Num. Telefónico: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

Dental  Médico  Consejería de salud mental  Actual  Previo

Clínica/Nombre del Doctor o Proveedor de Salud: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Num. Telefónico: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

¿Tiene registros dentales, medico, consejería de salud mental, que la gustaría que nos enviara desde clínicas pasadas o actuales?

No  Si *(Por favor, solicite a la recepción la Divulgación de Información y solicitaremos los registros.)*

## INFORMACIÓN DEL SEGURO:

### SALUD:

¿Tiene Seguro Medico (Apple Health)  Si  No

¿Tiene alguna forma de seguro de salud en este momento?  Si  No

**En caso afirmativo**, proporcione una copia de su tarjeta y complete el formulario de Información de su seguro:

Medicaid

Doblemente elegible

Desconocido

Medicare

(Medicare & Medicaid)

Sin seguro

Plan de seguro: \_\_\_\_\_ Deducible anual: \$ \_\_\_\_\_

**Si no**, ¿alguna vez solicitó un seguro de salud?  Si  No Fecha de solicitud: \_\_\_\_\_

*(Si solicitó y se le negó la cobertura, proporcione una copia de la carta de rechazo a la receptionist.)*

### DENTAL:

¿Tiene algún seguro dental?  Si  No

**En caso afirmativo**, proporcione una copia de su tarjeta y complete el formulario de Información de su seguro:

(Medicaid/Apple Health, Delta Dental, etc.)

Seguro Dental: \_\_\_\_\_

Staff Initials: \_\_\_\_\_ Patient Name: \_\_\_\_\_ INTAKE 2

## INFORMACIÓN DEL HOGAR:

País de nacimiento: \_\_\_\_\_ Años en EE.UU: \_\_\_\_\_ ¿Eres un/a visitante?  Si  No

¿En caso afirmativo ¿Cual es la fecha de llegada?: \_\_\_\_\_ Fecha de salida: \_\_\_\_\_

Razón de la visita: (Refugiado /Asilado, Familia, Tipo de visa, etcétera): \_\_\_\_\_

(Si está solicitando asilo, proporcione una copia de la solicitud de asilo a la recepción.)

*Sus ingresos anuales y el tamaño de su familia son necesarios para determinar su elegibilidad. Sus respuestas se mantendrán en archive y en estricta confidencialidad.*

**Por favor elija dos tipos de formas para verificar su ingreso:**

- Declaración de impuestos del año anterior
- Una copia de su formulario W-2
- Tres meses de recibas de sueldo
- Tres meses de estadis de cuenta bancarios
- Copias de sus cheques o carta del Departamento de seguro social, u otros cheques que pueda recibir.

***Un recordatorio, debe verificar sus ingresos todos los años.***

¿Esta empleado/a? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Ingreso Mensual:
¿Alguien más en su hogar tiene algún tipo de ingreso que lo respalde (cónyuge, padre, etc.)? <input type="checkbox"/> No aplica <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Ingreso mensual de empleo de su pareja:
¿Cuántas personas viven en su hogar que usted apoya con sus ingresos? _____	

¿Alguien más en su hogar tiene algún tipo de ingreso que lo respalde (cónyuge, padre, etc.)? *En caso afirmativo, llene lo siguiente:*

Otros Ingresos	
Seguro Social:	\$
Estampilla de comida:	\$
Asistencia publica:	\$
Jubilación:	\$
Manutención de niños / Cónyuges,:	\$
Otra:	\$
<b>TOTAL:</b>	\$

**Yo afirmo y juro que la información dada arriba es verdadero y correcto según entiendo. Estoy de acuerdo que informacion enganosa o falsificado, y/o omisiones me descalificaran de consideracion para programas en Lahai Health. Estoy de acuerdo/a de informar a Lahai Health si ay yn cambio significativo en mi ingreso. Si aceptacion es obtenida a las programas de Lahai Health atraves de esta solicitud, cumplire con las reglas y regulaciones de Lahai Health. Por lo presente, reconozco que lei la divulgacion anterior y la entiendo.**

Nombre del paciente (Imprimir): \_\_\_\_\_

Firma del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Staff Initials: \_\_\_\_\_ Patient Name: \_\_\_\_\_ INTAKE 3

## CONTRATO DE PRIVACIDAD DEL PACIENTE

Este aviso describe como su información médica y personal puede ser usada o compartida por Clínica Lahai Health. Su información privada incluye información personal y demográfica como su nombre, dirección, fecha de nacimiento, varios números de identificación (I.D) y números de teléfono. También incluye toda su información de salud física y mental de su pasado, presente, y futuro.

Nosotros usamos y compartimos su información privada de muchas maneras cuando ofrecemos cuidados de salud. Si nuestros proveedores de atención médica piden que vea un especialista, puede que debamos revelar su nombre y las razones para la referencia. Si la farmacia nos llama para pedir una receta para rellenar su medicina, puede que debamos confirmar su información con ellos. Cuando enviamos una muestra al laboratorio, debemos revelar su nombre y otra información demográfica. Este tipo de compartimiento de información entre nuestros proveedores de atención médica y otros proveedores se hace para ofrecerle los mejores cuidados de salud. Su equipo de cuidado médico incluye, pero no es limitado a: proveedores, enfermeras, dietistas, apoyo espiritual y terapia física.

Hay situaciones en las cuales nosotros podríamos revelar su información privada sin su autorización. Estas situaciones incluyen pero no están limitadas a: emergencias, reportes necesarios a entidades de salud pública, y cuando sea requerido por las autoridades legales competentes. Usted puede tener derecho con respecto al uso de su información privada. Tiene derecho a limitar la liberación de su información (por escrito). Tiene el derecho a saber si nosotros compartimos su información con un propósito que no sea el de recibir cuidados de salud rutinarios. Tiene el derecho a ver sus archivos médicos y pedir modificaciones o correcciones. Esta notificación se mantendrá archivada. Usted puede presentar una queja con respecto a la revelación de su información a nuestro Director de la Clínica.

**He leído y entiendo este acuerdo entre Clínica Lahai Health y yo con respecto a la privacidad de mi información. Este contrato se mantendrá en efecto hasta que sea revocado por escrito por el suscrito.**

Nombre del paciente (Imprimir): \_\_\_\_\_

Firma del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

## CONSENTIMIENTO PARA LA AUTORIZACIÓN DE ATENCIÓN Y TRATAMIENTO DE DENTAL, MÉDICO, O CONSEJERÍA DE SALUD MENTAL

Para recibir atención de calidad, autorizo la divulgación de mi información médica, dental, o consejería de salud mental necesaria a la Clínica Lahai Health para brindar atención médica. Autorizo a la Clínica Lahai Health a divulgar mis registros médicos a otras agencias proveedoras de atención médica para el propósito y el beneficio de brindarme atención médica.

Por lo presente doy mi consentimiento para recibir atención médica de clínica Lahai Health y sus proveedores y personal de atención médica. Si el paciente es menor de edad, el padre / tutor del paciente debe dar su consentimiento para la atención y el tratamiento. Entiendo que hay excepciones cuando un menor puede obtener la atención sin el consentimiento de los padres o el tutor, de acuerdo con la ley del estado de Washington y la ley federal.

La información provista en mi papeleo de admisión es exacta según mi leal saber y entender e informaré a clínica Lahai Health de cualquier cambio en mi salud, medicamentos, estado del seguro médico, ingresos o información de contacto.

Se me ha ofrecido información sobre el Aviso de prácticas de privacidad. Entiendo que puedo obtener una copia personal de dicho aviso, si la solicito.

***Esta autorización permanecerá vigente para cualquier cuidado recibido a través de clínica Lahai Health hasta que el abajo firmante lo revoque por escrito.***

Nombre del paciente (Imprimir): \_\_\_\_\_

Firma del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Staff Initials: \_\_\_\_\_ Patient Name: \_\_\_\_\_ INTAKE 4

## ACUERDO FINANCIERO

HAY UN DEPÓSITO DEL 50% PARA PROGRAMAR TODAS LAS CITAS. El depósito se destinará al costo de su próxima cita. Las siguientes tarifas se cobrarán a su cuenta si usted....

\_\_\_\_\_ Cargo inicial de \$40 por hora por el tiempo programado, o cancela menos de 2 días laborales, o llega  
Inicial tarde 10 minutos o mas a su cita programada.

\_\_\_\_\_ El depósito inicial de \$40.00 por hora se convierte NO REEMBOLSABLE si no se presenta, o cancela  
Inicial menos de 2 días laborales, o llega más de 10 minutos o mas a su cita programada.

**TODAS LAS CUENTAS DEBEN PAGARSE AL MOMENTO DEL SERVICIO.** Si un procedimiento requiere multiples citas, se requiere el pago completo en cada cita. Aceptomas efectivo y las principales tarjeta de banco y tarjeta de crédito. Todos los servicios dentales de emergencia o cualquier servicio dental realizado sin arreglos financieros previos deben pagarse al momento del servicio.

***Si usted no es la persona responsable financieramente y alguien mas sera responsable de sus costos de sus servicios dentales, por favor provee esa información abajo.***

### PARTE FINANCIERA RESPONSABLE (Si no es el/la paciente)

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_ Condado: \_\_\_\_\_  
Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_  
Número de teléfono de casa: \_\_\_\_\_ Número de teléfono de celular: \_\_\_\_\_

***He leído y entiendo, y acepto la política financiera.***

Nombre del paciente (Imprimir): \_\_\_\_\_

Firma del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

### LAHAI POLÍTICA DE CITAS PERDIDA

Es importante que los pacientes mantengan sus citas. Cuando un paciente no se presenta para su cita, cancela al último minuto, o llega tarde, los recursos limitado de la clínica se desperdician cuando Lahai lo avria podido usar para otro paciente en busca de cuidado dental.

#### **Reprogramar citas**

Para reprogramar una cita, favor de llamar a Lahai al (206-363-4105 Ext 703 DENTAL, o EXT 233 MÉDICO, o EXT 231 CONSEJERÍA DE SALUD MENTAL) tan pronto como sea possible, por lo menos 48 horas antes de su cita programada. Por favor, deje un mensaje si su llamada no es contestada.

#### **Citas Perdidas**

Si falla completamente una cita programada, cancela menos de 2 días laborales, llega mas de 10 minutos tarde, un cargo de \$20 por hora será aplicado y esto será grabado en su carta electrónica y cualquier deposito pre-pagado para detener su cita perdida se utilizara. **Tenga en cuenta si llega tarde, posiblemente tendremos que reprogramar su cita para otro día si no hay suficiente tiempo para completar su visita o procedimiento.**

Si tiene **2 citas que fallo** (incluso cancelaciones tarde o llegadas tardes) dentro de un año, no podra hacer citas con la clínica Lahai Health por un periodo de 6 meses. Recibirá una carta de la clínica notificandóle cuando puede empezar hacer otra vez una cita.

***Yo entiendo la política de citas perdidas de la Clínica Lahai Health y estoy de acuerdo de seguir los terminos y política.***

Nombre del paciente (Imprimir): \_\_\_\_\_

Staff Initials: \_\_\_\_\_ Patient Name: \_\_\_\_\_ INTAKE 5

Firma del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**HISTORIA SOCIAL:**

¿Dónde está viviendo ahora?  Casa  Departamento  Vehículo  Sin hogar/vivienda inestable  
 Otro: \_\_\_\_\_  Prefiero no contestar

¿Se siente seguro en su relación actual?  No  Si

Orientación sexual:  Heterosexual  Homosexual  Bisexual  Prefiero no contestar

Numero de parejas sexuales durante su vida: \_\_\_\_\_ Numero de parejas sexuales en el último año: \_\_\_\_\_

Uso de Cafeína (Café/Té/Soda):  Nunca  Raramente  Moderado  Diario  Previamente, pero renuncié

Uso de Alcohol:  Nunca  Raramente  Moderado  Diario  Previamente, pero renuncié

Uso de Tabaco:  Nunca  Raramente  Moderado  Diario  Previamente, pero renuncié

Uso de Marijuana:  Nunca  Raramente  Moderado  Diario  Previamente, pero renuncié

Uso de Drogas Recreativas:  Nunca  Raramente  Moderado  Diario  Previamente, pero renuncié

Ejercicio:  Nunca  Raramente  Moderado  Diario, Types of Exercise: \_\_\_\_\_

**CUIDADO ESPIRITUAL:**

¿ Le gustaría que alguien ore con/por usted o ayuda con preguntas basadas en la fe?  Si  No

¿Tiene otras preocupaciones? (Por ejemplo: Viviend, estampillas de comida. Asistencia financier, o transporte)  Si  No

**Si respondió si a cualquiera de lo de arriba,** por favor pregunte a la recepcionista para hablar con un defensor del paciente.

(Dental: por favor pregunte a la recepcionista.)

\*\*\*¿ Como escucho de Lahai Health?

En línea  Examen de Goodwill  Iglesia: \_\_\_\_\_

Voluntario de Lahai Health  Familia/Amigos  Otro: \_\_\_\_\_

**\*CUANDO LAS PAGINAS 1-6 ESTEN COMPLETAS, POR FAVOR ENTREGUE A LA RECEPCIONISTA CON UNA FORMA DE IDENTIFICACIÓN, TARJETAS DE SEGURO Y DOCUMENTACIÓN FINANCIERA QUE HAYA TRAÍDO. \***

**RECEPTION USE ONLY:**

- Clinic Site: \_\_\_\_\_
- Copy of Identification (ID) provided (*indicate type*): \_\_\_\_\_
- Financial Documents provided (*indicate type*): \_\_\_\_\_
- Copy of Insurance Cards provided (*only for patients with any insurance*)
- Explanation of Financial Standing form completed (*if applicable*)
- ROI for dental/medical records completed (*if needed*)
- Signed medical interpreter form (if applicable indicate type): \_\_\_\_\_
- Signed Text Messaging (SMS) consent (if applicable)
- Specify what percentage patient falls under the Federal Poverty Level (*Refer to the FPL chart*): \_\_\_\_\_%

Staff Initials: \_\_\_\_\_ Patient Name: \_\_\_\_\_ INTAKE 6

**FOR DENTAL USE ONLY:** Circle what percentage discount the patient is approved for: 80% 60% 40%

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

## INFORMACIÓN E HISTORIAL MEDICA DEL PACIENTE

A pesar de que el personal dental trate el área de adentro y alrededor de su boca, su boca es parte de todo su cuerpo. Problemas de salud que puedas tener, medicamentos que tu estas tomando, podría tener una importante interrelación con el tratamiento odontológico que recibirá. Gracias por contestar las siguientes preguntas.

### PREGUNTAS GENERALES

¿Está bajo cuidado médico ahora?  SI  NO

SI esto es afirmativo, quien es tu medico: \_\_\_\_\_

¿Cómo considera su salud?

Excelente  Buena  Favorable  Pobre

¿Tienes alguna de las siguientes enfermedades o problemas?

Tuberculosis Activa? Si  No

¿Tos que ha persistido por más de 3 semanas Si  No

Tos que produce sangre? Si  No

¿Estado expuesto con alguien con Tuberculosis? Si  No

¿Alguna vez ha...

Estado hospitalizado u operado de gravedad? Si  No

Tenido una herida seria en la cabeza o cuello? Si  No

Tenido un transplante de organo? Si  No

Tenido un reemplazo de coyuntura? Si  No

Tenido historial de Endocarditis infecciosa? Si  No

Tenido desordenes alimenticios? Si  No

Tomado Phen-Fen o Redux? Si  No

Tomado Bisfosfonatos orales: Si  No

ej. Fosamax, Boniva, Actonel

Tomado Intravenosa Bisfosfonatos Si  No

ej. Bonefos, Aredia, Reclast, Zometal

¿Consume...

Tabaco? Si  No

Sustancias controladas? Si  No

Bebidas Alcoholicas? Si  No

¿Eres dependiente de ...

Tabaco? Si  No

Sustancias Controladas? Si  No

Bebidas Alcoholicas? Si  No

Mujeres, tu estas...

Embarazada / Tratando de embarazarte  Amamantando  Tomando anticonceptivos orales

Ninguna de las de arriba

### ALERGIAS

¿Eres alérgico/a alguno de los siguientes?

Nada  Látex  Barbiturico, Sedativos, o pastillas para dormir

Penicilina  Sulfamida  Codeina

Aspirina  Anestésicos locales  Otro: \_\_\_\_\_

Staff Initials: \_\_\_\_\_ Patient Name: \_\_\_\_\_ INTAKE 7

Si esto es afirmativo, ¿qué pasa? \_\_\_\_\_

**Síntomas Actuales:** Indica si estas experimentando algo de lo mencionado en la parte de abajo seleccionando una casilla.

**¿Cardiovascular / Problemas del Corazon?**

Cardiopatía congénita	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	Angina (dolor en el pecho)	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	Falta de aliento	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>
Prolapso de Valvula mitral	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	Ataque al corazon	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	Palpitaciones	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>
Soplo del Corazon	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	Enfermedad coronaria corazon	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	Presion alterial alta	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>
Arritmia	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	Fallo del Corazon	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	Presion arterial baja	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>
Enfermedad reumatoidica del corazon	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	Desfibrilador implantado	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	Inflamacion de tobillos	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>
Endocarditis infecciosa	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	Marcapasos	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	Dormir sobre muchas almohadas	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>
Valvula artificial de Corazon	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	Arteriosclerosis	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>		

**¿Respiratorio / Problemas Pulmonares?**

Asma	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	Neumonia	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	Roncar	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>
Bronquitis	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	Sinusitis	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	Apnea del sueno	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>
Efisema/COPD	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	Tos Persistente	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	Sarcoidosis	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>
Tuberculosis	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>				

**¿Diabetes/Desorden endocrino?**

Diabetes	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	Problemas de Tiroides	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	Desorden glandula suprarenal	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>
----------	---	-----------------------	---	------------------------------	---

**¿Kidney/Urogenital Disorder?**

Piedras en el Rinion	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	Falla renal/Insuficiencia	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	Diálisis	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>
Orina Frecuente	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>				

**¿Cancer or Tumores?**

Maligno	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	Benigno	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>
---------	---	---------	---

**¿Neurologico /Problema Nervioso?**

Derrame cerebral	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	Sentimiento de depresión	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	Convulsion/epilepsia	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>
Accidente isquemico transit.	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	Sentimientos de aniedad	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	Neuropatías	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>
Desmayo o mareo spells	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	Transt. Estres protraum. TEPT	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	Esclerosis Múltiple	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>
Adormesimiento	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	Desorden de salud Mental	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	Enfermedad Parkinson's	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>
Debilidad	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	Obsesivo/compulsivo dis.	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	Deficit de atnc/ADHD	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>
Dolor de cabeza	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	Demencia/Alzheimer's	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>		

**¿Sangre /Desordenes Hematologicos?**

Anemia	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	Trombosis venosa profunda	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	Multiple mieloma	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>
Desorden sangrante	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	Enfermedad celula falciforme/traut	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	Leucemia	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>
Moretones faciles	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	Talasemia	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	Limfoma	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>

**Desorden Gastrointestinal (GI) ?**

Reflujo acido(GERD)	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	Sindrome del int. irritable	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	Hepatitis	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>
Acidez estomacal	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	Enfermedad de Crohn	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	Cirrosis	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>
Ulceras	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	Calculos biliares	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	Ictericia	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>

**¿Musculo esqueleto / Trastornos de tejidos conectivos?**

Artritis	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	Gota	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	Fibromialgia	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>
Osteoporosis	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	Lupus	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	Esclerodema	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>
Reemplazo de articulacion	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	Transtorno TMJ	Y <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>		

**¿Enfermedades Infecciosas?**

VIH Virus de inm. Hum.	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	EST Enf. transm. Sex	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	Herpes labial	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>
Sida	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	SARM Infecc. Por estafilococo.	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	Mononucleosis	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>

**¿Problemas de Cabeza / Ojos / Oido / Nariz / Garganta?**

Staff Initials: \_\_\_\_\_ Patient Name: \_\_\_\_\_ INTAKE 8



Problemas de visión S  N  | Glaucoma S  N  | Sordera S  N   
 Uso de lentes de contacto S  N  | Catarata S  N   
 ¿Dermatologica/ Problemas de la Piel? Psoriasis (piel seca) S  N

**MEDICAMENTOS ACTUALES:** Por favor liste todos los medicamentos que está tomando (con receta médica, sin receta médica, suplementos).

Nombre del medicamento	Dosis (mg/ml)	Frecuencia	Fecha que empezo	Recetado por

**Por favor indica tu farmacia de preferencia, la usaremos para tus recetas medicas:**

Farmacia: \_\_\_\_\_  
 Locación: \_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_

**Por favor lista cualquier diagnóstico medico actual:**

1. \_\_\_\_\_ Fecha Diagnosticada: \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_ Fecha Diagnosticada: \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_ Fecha Diagnosticada: \_\_\_\_\_

Por favor liste las hospitalizaciones o cirugías que ha tenido.

1. \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_ Fecha : \_\_\_\_\_

**FIRMA**

Es de mi entendimiento, que las preguntas de esta forma han sido correctamente respondidas. Yo entiendo que proveer información incorrecta puede ser peligrosa para mi (paciente) salud. Es mi responsabilidad de informar a la oficina dental cualquier cambio en mi estatus medico.

Firma del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

-----  **As a provider I have reviewed page 6, 7, & 8, of this patient’s intake form.**

Provider’s Name (printed) \_\_\_\_\_

---

Provider's Signature

Date

Staff Initials: \_\_\_\_\_ Patient Name: \_\_\_\_\_

INTAKE 10