



Vancouver Dental Care
1418 NE 78th Street
Vancouver, WA 98665
Phone: (360) 450-0075

Nueva información demográfica del paciente

Nombre del paciente: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Sexo: _____

Padre o Tutor (si el paciente es menor de edad): _____

Relación (si el paciente es menor de edad): _____

Teléfono de la casa: _____

Número de teléfono celular: _____

Dirección De Correo Electrónico: _____

Método preferido de contacto: Email ____ Home ____ Teléfono ____

Dirección: _____

Contacto de Emergencia: _____

Relación con el paciente: _____

Emergencia Teléfono de contacto: _____



Vancouver Dental Care
1418 NE 78th Street
Vancouver, WA 98665
Phone: (360) 450-0075

Informacion de Salud del Paciente Nuevo

Nombre Completo del Paciente: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____ Sexo: _____

Peso: _____ Prefiere que se le llame: _____

Tiene el paciente algun problema de salud? Si No

Esta el paciente siendo atendido por un medico en este momento? Si No

Esta embarazada? Si No N/A

Cuando es la fecha aproximada de expectacion? _____

Ha estado el paciente hospitalizado alguna vez? Si No

Sangra el paciente excesivamente al cortarse o se moretea con facilidad? Si No

Tiene el paciente problemas emocionales o mentales? Si No

Ha exhibido el paciente reacciones a los medicamentos? Si No

Ha tenido el paciente anastesia local alguna vez? Si No

Ha tenido el paciente alguna experiencia dental desfavorable? Si No

Ha sufrido el paciente alguna lesion en la boca or los dientes? Si No

Tiene el paciente un dolor de muelas hoy o en el ultimo mes? Si No

Es el paciente alergico a algun medicamento? Si No



Vancouver Dental Care
1418 NE 78th Street
Vancouver, WA 98665
Phone: (360) 450-0075

Es el paciente alergico a algun alimento? Si No

Tiene el paciente alergia ambientales? Si No

Es el paciente alergico a cualquier material de uso general en un consultorio dental-es decir guantes de Latex, anestecios, etc? Si No

Tiene el paciente antecedentes de remplazo de articulaciones? Si No

Tiene el paciente alguno de los siguientes habitos? Chupa el dedo, Empuje lingual, Respiracion vocal, Ronquidos, Eruptos?

Por favor indique los medicamentos recetados o medicamento sin prescripcion medica que esta tomando el paciente:

Nombre y numero de telefono del pediatra or del medico del paciente:



Vancouver Dental Care
1418 NE 78th Street
Vancouver, WA 98665
Phone: (360) 450-0075

Ha tenido el paciente alguna historia o dificultad con lo siguiente? Si es que si, por favor marque una "X".

Cancer	Asma	Paperas
TMJ	Anemia	Audiencia
Rubeola	Fiebre reumatica	Fumadores
Malignidad	Del Rinon	Sarampion
Embarazo	Desmayo	Tuberculosis
Condicion del la piel	Hepatitis	Espina bifida
Del Hgado	Tiroides	Cirugia del Corazon
HIV	Convulsiones	Anemaia de celuas
Autismo	Paralisis Cerebral	Falciformes
Hemofilia	Fibrosis Quistica	Enfermeda del Corazon /
Labio o paladar	Trastorno Nervioso	congenital defecto
Retraso del Desarrollo	Diabetes	Problemas de habla
Del Pulmon	De vejiga	Hidrocefalia/Derivaciones

Por favor explique cualquier enfermedad aqui con detalles: _____

Motivo de la visita de hoy: _____

Favor de indicar cualquier problema medico o dental de interes especial , o proporcionar cualquier otra informacion que podria ser importante para el cuidado del paciente:

Certificacion y Consentimiento para el Tratamiento

Yo certifico que soy el paciente o sus padres del tutor legal del paciente y la informacion proporcionada en esta forma es verdadera y correcta a lo mejor de mi conocimiento. Tambien doy mi consentimiento para que mi hijo o yo mismo pueda recibir un examen oral y dental completo incluidos los necesarios rayos X y la limpieza dental. Despues de la consulta, doy mi consentimiento a todas las formas de tratamiento, la medicacion y la terapia indicada para el cuidado dental del paciente antes mencionado. Este consentimiento permanecera en pleno vigor y en saldo de paciente en mi cuenta. Este acuerdo realiza con Vancouver Dental Care.

Firma: _____ Relacion con el paciente: _____ Fecha: _____

Firma del dentist: _____ Fecha: _____



Vancouver Dental Care
1418 NE 78th Street
Vancouver, WA 98665
Phone: (360) 450-0075

Dr. Tarek Fahmy
Dr. Ingy Aly

ACUSE DE RECIBO DEL AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Yo, _____, he recibido una copia del Aviso de esta oficina de prácticas de privacidad.

Firma _____

Fecha _____

For office use only (Sólo para uso de oficina) :

We attempted to obtain written acknowledgement of receipt of our Notice of Privacy Practices, as required by law, but acknowledgement could not be obtained because:

Individual refused to sign

Communications barriers prohibited obtaining the acknowledgement

An emergency situation prevented us from obtaining acknowledgement

Other (please specify):
