

FARWEST DENTAL GROUP, PC
HASSAN FAYOUMI, DDS / ANAS ALKWADRI, DDS
PATIENT REGISTRATION FORM

INFORMACION DEL PACIENTE:

Nombre: _____ Fecha: _____

Direccion: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Codigo Postal: _____

Telefono de Casa: _____ Telefono de Trabajo: _____ Celular: _____

Sexo : MASCULINO _____ FEMENINO _____ Fecha de Nacimiento: _____

Numero de Seguro Social: _____ Numero de Licencia de conducir: _____

SOLTERO(A) _____ CASADO(A) _____ DIVORCIADO(A) _____ VIUDO(A) _____

Correo Electronico: _____

A quien le podemos dar las gracias por referirlo? _____

EN CASO DE EMERGENCIA:

Nombre: _____ Parentesco: _____

Telefono de Casa: _____ Celular: _____

INFORMACION DE ASEGURANZA DENTAL:

Cobertura Dental: Si _____ No _____ Nombre de Asegurado: _____

Parentesco: _____ Numero de Seguro Social: _____

Nombre de Aseguradora: _____ Numero de Telefono: _____

Numero de Poliza: _____ Empleador: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Historia Dental:

Razon de su visita al dentista: _____

- | | |
|--|--|
| _____ Usted requiere antibioticos antes de tratamiento dental? | _____ Siente que tiene mal aliento ? |
| _____ Tiene sensibilidad/dolor cuando muerde? | _____ Siente dolor en sus dientes ? |
| _____ Tiene dolores de cabeza frecuentes ? | _____ Tiene lesion en la cabeza o cuello ? |
| _____ Sus encias sangran cuando usa hilo dental? | _____ Rechinan sus dientes ? |
| _____ Sus dientes son sensibles a lo frio y caliente? | _____ Muerde sus mejillas (cachetes) ? |
| _____ Tiene problemas en su articulacion manibular ? | _____ Tiene Movilidad en sus diente o roto un relleno? |
| _____ Sus articulaciones hacen click cuando abre or cierra la boca ? | |
| _____ A tenido extracciones con algun complicacion? | _____ Puede abrir y cerrar su boca apropiadamente ? |

HISTORIA MEDICAL:

Si tiene algun problema de salud no mencionado abajo, por favor anotelo en la linea: _____

Ha tenido alguna reaccion alergica a algun medicamento? _____

Esta tomando medicamento en este momento ? _____

Se encuentra bajo cuidado medico? SI _____ NO _____ Explique: _____

Ha sido hospitaizado ? SI _____ NO _____ Porque y Cuando ? _____

Ha presentado alguna complicacion durante algun tratamiento dental? SI _____ NO _____ Explique _____

Ha usado el medicamento Phen-fen o redux? SI _____ NO _____

(Mujeres) Estas embarazada? SI _____ NO _____ Si contesto si, cuantas semanas tiene ? _____

Esta amamantando ? SI _____ NO _____

Cuando fue u ultima visita dental? _____ Cual fue la razon? _____

Hay algo que deberia saber acerca de su salud oral? _____

Le gustaria cambiar algo acerca de sus dientes o sonrisa dental? _____

POR FAVOR MARQUE UNA (X) SOLO SI APLICA A USTED:

- Enfermedad cardiovascular Angina Arterioesclerosis Hemofilia Asma
- Fiebre reumatica Bronquitis Enfisema Sinusitis Tuberculosis
- Glaucoma Ulceras Anemia Hepatitis Epilepsia
- Sudor nocturno Dolor cronico Malnutricion Osteoporosis Diabetes Tipo 1 o 2
- Soplo en el corazon Presion arterial baja Presion arterial alta Fiebre reumatica Sangramiento anormal
- Transfusion sanguinea Enfermedad autoinmune Artritis reumatoidea SIDA o infeccion HIV Dolores de pecho por esfuerzo
- Lupus eritematoso sistematico Prolapso de la valvula mitral Derrame cerebral Infarto del miocardio Perdida de peso severa
- Alteraciones neurologicas Alteraciones del sueno Alteraciones mentales Alteraciones renales Alteraciones de la tiroides
- Infecciones recurrentes Enfermedades venereas Cefaleas graves/jaquecas Orina en forma excesiva Enfermedad gastrointestinal
- Trastornos de alimentacion Otros defectos congenitos del corazon Desmayos o ataques epilepticos
- Reflujo G.E./ ardor persistente Enfermedad cardiaca reumatica Dano en las valvulas cardiacas Insuficiencia cardiaca congestiva

Certifico que he leído y entiendo el antedicho. Reconozco que mis preguntas se han contestado verazmente y al mejor de mi conocimiento. Autorizo a personal dental a relizar cualquier servicio dental necesario que pueda necesitar durante diagnosis y el tratamiento con mi consentimiento informado.

_____ / ____ / _____

Firma

Firma de Doctor

Fecha

_____ / ____ / _____

1st Recall Visit – Patient Signature

Fecha

2nd Recall Visit – Patient Signature

Fecha

HASSAN FAYOUMI, DDS / ANAS ALKWADRI, DDS

Patient Acknowledgement of Receipt of Dental Materials Fact Sheet

Yo _____, he recibido de Farwest Dental Group una copia de la Hoja Dental del Hecho de Materias que tomo efectividad Octubre 17, 2001

Firma del Paciente/ Guardian

Fecha

**La prevision introductoria de la Hoja del Hecho de Materias se reimprime abajo
para propositos de referencias solo**

El documento a contimacion es la Hoja Informativa sobre materiales dentales de la Junta Dental de California. El departameto de Asuntos del Consumidor no tiene ninguna postura con respecto al texto de esta Hoja Informativa sobre los materiales dentales, y su vinculo con el sitio electronico en la internet de DCA no constituye un apoyo al contenido de este documento.

**Hoja Informativa sobre los Materiales Dentales de la Junta Dental de California
Adoptada por la Junta el 17 de Octubre del 2001**

La Junta Dental de California ha preparado esta hoja informativa, segun exige el Capitulo 801, de los Estatutos de 1992, para resumir la informacion acerca de los materiales dentales restaurativos utilizados mas frecuentemente. La informacion de esta hoja tiene como fin el alentar la conversacion entre el paciente y el dentista, con respecto a la seleccion de los materiales dentales del paciente. Esta no pretende ser una guia completa sobre la ciencia de materiales dentales.

Los materiales dentales mas frecuentes utilizados en la odontologia restauritiva son la amalgama, la resina compuesta, cemento de vidrio ionomerica, porcelana(ceramica) porcelana (fundida con metal). Cada uno de los materiales mencionados tiene su ventajas y desventajas, beneficios y riesgos. Estos y otros factores relevantes se comparan en los cuadros adjuntos titulados "Comparaciones de los Materiales Dentales Restaurativos" Ademas, se adjunta un glosaio de terminos, para ayudar al lector a entender los ultimos utilizados.

Las declaraciones que se hacen son sustentadas por investigaciones dentales relevantes y verosimiles publicadas primordialmente entre 1993-2001. En algunos casos, cuando las investigaciones contemporaneas son escasa, hemos indicado nuestras mejores persepciones en base a la informacion que data antes de 1993.

El lector debe estar conciente de que los resultados del tratamiento dental o la durabilidad de una restauracion no es unicamente una funcion del material del cual se hizo la restauracion. La durabilidad de cualquier restauracion esta influenciada por la tecnica del dentista al colocar la restauracion, los materiales auxiliaries utilizados en el procedimiento, asi como la colaboracion del paciente durante del procedimiento. Despues de la restauracion de los dientes, la longevidad de la restauracion de los dientes, la longevidad de la restauracion sera fuertemente influenciada por el seguimiento del paciente con la higiene dental y el cuidado en el hogar, su alimentacion y sus habitos al masticar.

FARWEST DENTAL GROUP, PC
HASSAN FAYOUMI, DDS / ANAS ALKWADRI, DDS

Poliza de privacidad deposito del paciente

Fecha de vigencia: 01 de Junio 2010

Para reservar cita con el dentista, el paciente esta obligado a dejar \$50 de deposito que se aplicara al tratamiento programado. Debido al gran numero de nuevas cancelaciones de ultimo minuto, nos vemos obligados a exigir este deposito para guardar el lugar en nuestra apretada agenda. Hacemos lo mejor para acomodar su horario personal, por lo tanto, solo pedimos que respete el nuestro. Si el/la paciente no se presenta a su cita sin cancelar antes de las 24 horas, el/la paciente perdera su deposito de \$50. Estos \$50 automaticamente seran aplicados a nuestra poliza de cancelacion de cita.

Gracias por su consideracion en este asunto.
He leido la poliza anterior y estoy de acuerdo en su poder.

Fecha

Firma del paciente o persona responsable

POLIZA DE CANCELACION DE CITA

Nuestra oficina se esfuerza para reservar citas que se adaptan a su horario personal. Si usted no puede asistir a su cita reservada, debe notificarnos **24 horas antes** de su cita. Para que podamos citar a otra persona que esta esperando para ser atendido. Las cancelaciones realizadas con menos de 24 horas se consideran No-Shows. Dependiendo de la naturaleza de la cancelacion, reservamos el derecho de cobrar una tarifa de cancelacion de \$50. Que debe ser pagado antes de hacer otra cita. Gracias por su consideracion.

Fecha

Firma del paciente o persona responsable