

Tel (480) 508-6501
Fax (480) 758-5789

Info@McDowellSmiles.com
McDowellSmiles.com



Informacion de nuevo paciente

Me gustaría tomarme el tiempo y darle la bienvenida a nuestra práctica. Nos esforzamos por brindarle la mejor atención de calidad y, para hacerlo, nos encantaría saber un poco más sobre usted. Estamos aquí para ayudarlo, así que si necesita ayuda, no dude en consultar a uno de nuestros fantásticos representantes de servicio al paciente..

Nombre:			Fecha de nacimiento		
Segundo nombre:			Nombre Preferido		
Apellido			Sexo	masculino	femenino
Numero de celular					
Correo electronico					
Domicilio			# de departamento		
Ciudad	Estado		Codigo Postal		
Metodo de contacto preferido	Correo electronico	texto	Llamada Telefonica		
Idioma	Ingles	Farsi	Espanol		

Informacion de seguro dental

Nombre del seguro dental			
Nombre del subscriptor /asegurado			
Numero de ID del asegurado			
((Podriamos necesitar informacion de su seguro Social si no conoce su identificacion o tiene su tarjeta)	Numero de Grupo:		
Empleador subscripto si hay uno			

Contacto de Emergencia

Nombre _____ Numero de Telefono/Celular _____

Relacion_____

Tiene/tuvo algunas de las siguientes condiciones

	Y	N		Y	N
Diabetes			Desorden de sangrado		
Problemas del corazon			Ulcera		
Alta presion			Problema del Higado		
Stroke			Problemas con riñones		
Ataque al corazon			Cuidado psiquiatrico		
Mormullo /soplo de corazon			Asthma		
Remplazo de Articulaciones			Problemas de sinusitis		

Dolor de cabeza cronico			Dolor Cronico		
-------------------------	--	--	---------------	--	--

Porfavor mencione si es alegico a algunas de las siguientes:

	Y	N		Y	N
Aspirina/Ibuprofen			Vicodin		
Amoxicillin/Penicilina			Clandomycina		
Epinephrina			Iodine / mariscos		
Anestheticos			Latex		

Porfavor enliste cualquier otra alergia no escrita en la anterior lista

Esta o estubo tomando algunos de los siguientes medicamentos

	Y	N		Y	N
Coumadin \Warfarin			Bisphosphonate		
AspirinA			Actonel		
Otro tipo de adelgazamiento de sangre			Boniva		
Plavix			Fosomax		

Por favor mencione algun otro medicamento que esta tomando

Por que Razon vino a nuestra oficina ?					
Tiene algun dolor					
I si es asi como describiria su dolor?					
Esta contento con su sonrisa ?					
Fuma o masca tabaco					

Esta interesado de algunos de los siguientes tratamientos ? Le gustaria Dr. Rouhani le explicara

Mas ampliamente

	Y	N		Y	N
Blancamiento Dental			Blancamiento el mismo dia		
Remplazamiento de dientes faltantes			Implantes Dentales		
Dentaduras			Dentaduras sobre implantes		
Ortodoncia			Invisalign/frenos transparentes		
Tratamiento cosmetico			Veneers		

Porfavor verifique la informacion proveida es cierta y de su mayor conocimiento.

A la ves tenemos la oportunidad de ayudarle o hacer preguntas de alguna duda

Nobre de la persona y firma	_____
Relacion del paciente	_____
Fecha de hoy	_____