

# Killeen Family Dentistry

## Nuevo Paciente Forma

Informacion del Paciente:

La Fecha de Hoy: \_\_\_\_\_

Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Anos: \_\_\_\_\_ M / F

Direccion de Casa: \_\_\_\_\_

Telefono Primerio: \_\_\_\_\_ Telefono Segundo: \_\_\_\_\_

Raza/Origen Etnico: \_\_\_\_\_ Lenguaje Primario: \_\_\_\_\_

Padre / Guardián (Si Aplicable): \_\_\_\_\_ Relación al Paciente: \_\_\_\_\_

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

Nombre del Contaco de Emergencia & Telefono: \_\_\_\_\_

Razón para la cita de hoy: \_\_\_\_\_

Como escucho de nuestra oficina? Amigo / Familia Empleado Otro: \_\_\_\_\_

Estás nervioso por tratamiento dental? SI / NO Ensillas sangran o irritados? SI / NO

Son sus dientes sensible? Caliente Frio Dulces Presión

Te gustas como se ven sus dientes? SI / NO

Si no, por qué?: \_\_\_\_\_

Está actualmente bajo el cuidado de un médico? SI / NO

Si es asi, por qué?: \_\_\_\_\_

Estas tomando alguna medicación? SI / NO

Si es asi, por qué y para que?: \_\_\_\_\_

Fumas? SI, \_\_\_\_\_ / día NO Usas drogas recreativo? SI / NO

Estas embarazada? SI, \_\_\_\_\_ meses NO N/A Si es asi, tiene una nota del doctor? YES / NO

Circula cualquiera del siguiente que usted ha tenido o tiene en presente:

ADD/ADHD	Glaucoma	Reumatismo	Tuberculosis	Cancer / Chemo
Asma	AIDS/HIV	Problemas de Tiroides	Problemas de rinon	Enfisema
Hepatitis	Diabetes	Osteoporosis	Enfermedad / Ataque / Soplo del corazon	
Hipertension	Other: _____			

Circula cualquiera de las medicinas siguientes usted es alergico a:

Aspirina / Tylenol / Ibuprofen	Las barbituricos / Sedantes / Pastillas para Dormir	Latex	
Penicilina / Antibioticos	Codenia / Narcoticos	Sulfamidas	Anestesia / Lidocainia
Other: _____			

He respondo a todas las preguntas anteriores a lo mejor de mi conocimiento. Si ha habido algún cambio en mi seguro, la salud o la medicación, lo que tengo y / o informare a mi dentista durante mi próxima cita.

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente / Padre / Guardián

\_\_\_\_\_  
Fecha de Hoy

**SOLO PARA OFICINA**

\_\_\_\_\_  
Dr

\_\_\_\_\_  
Weight

\_\_\_\_\_  
Date

# Killeen Family Dentistry

## New Patient Insurance / Payment Responsibility

Informacion del Seguro:

Compania de Seguros: \_\_\_\_\_

Numero de Telefono del Seguro: \_\_\_\_\_

El nombre del titular de la póliza: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_

Dirreccion de Casa (si es diferente del paciente): \_\_\_\_\_

Numero de Telefono (si es diferente del paciente): \_\_\_\_\_

Relación al Paciente: \_\_\_\_\_

Existe un Seguro Secundario?                      SI / NO

Secundario Compania de Seguros: \_\_\_\_\_

Numero de Telefono del Seguro Secundario: \_\_\_\_\_

El nombre del titular de la póliza: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_

Dirreccion de Casa (si es diferente del paciente): \_\_\_\_\_

Numero de Telefono (si es diferente del paciente): \_\_\_\_\_

Relacion al Paciente: \_\_\_\_\_

Al firmar abajo , entiendo que cualquier precio que me dio Killeen Family Dentistry son una estimación basada en la información dada por mi compañía de seguros , y cualquier cantidad no pagada por mi compañía de seguros / empresas llegarán a ser mi responsabilidad. Yo entiendo que si tengo un seguro secundario , no hay garantía de que tendrán que pagar la cantidad estimada total . He respondido a toda la información a lo mejor de mi conocimiento y habilidad. Si hay algún cambio en mi seguro , la salud o la medicación , que alertará al consultorio dental tan pronto como sea posible .

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente / Padre / Guardián

\_\_\_\_\_  
Fecha de Hoy