

DEAN J. KOKINIAS, D.D.S.
Patient Registration and Health History - SPANISH

Información del paciente (confidencial)

Nombre _____ Sex ☐ M ☐ F Fecha de Nacimiento _____

Marque la casilla adecuada ☐ Menor ☐ Soltero/a ☐ Casado/a ☐ Divorciado/a

Nombre de los Padres/Esposo/a: _____ Fecha de Nacimiento _____

Telefono _____ Telefono Movil _____ Seguro social _____

Domicilio _____ Ciudad _____ Estado _____ Codigo Postal _____

Correo electrónico: _____

¿En caso de emergencia con quién nos comunicamos? _____

¿Quién los recomendó, para darle las gracias? _____

Historia Dental (confidencial)

Fecha de su último examen dental _____ Marque

(✓), si usted tiene o a tenido una a más de los siguientes.

- | | | |
|--|---|---|
| ☐ Dientes sensitive a lo frío, dulce, o presión | ☐ Mal aliento | ☐ Mal sabor en la boca |
| ☐ Mala experiencia dental | ☐ Dolor alrededor del oído | ☐ Encías Sangrantes |
| ☐ Rechina o rozas los dientes | ☐ Molestias con su mandibula | ☐ Tratamiento orthodóntico |
| ☐ Fuegos o ampollas en los labios o boca | ☐ Le arde o palpita la lengua | |
| ☐ Hinchazón o granos en la lengua | ☐ Complicaciones debido a extracciones | |

Historia Medica (confidencial)

Nombre de su doctor _____ Fecha de la ultima visita a su doctor _____

Marquez (✓), si usted tiene o a tenido una a más de los siguientes.

- | | | |
|---|---|--|
| ☐ Alergia a algún medicamento. Si es así, Cuál _____ | | |
| ☐ Alergia a anestéticos Si es así, Cuál _____ | | |
| ☐ Alérgico al latex | | |
| ☐ Tratamientos radiografico | ☐ Ulseras o Colitis | ☐ Epietsia |
| ☐ Sangrado excesivo de las extracciones | ☐ Cancer | ☐ Fiebre reumatica (huesos) |
| ☐ Parece de alta presión | ☐ Anemia | ☐ Sinositis |
| ☐ Palpitaciones de corazón (altas) | ☐ Artritis | ☐ Problemas respiratorios |
| ☐ Valvula Mitral Prolapsed | ☐ Asma | ☐ Problemas neurólogos |
| ☐ Valvula artificial o conyonturas | ☐ Alergias en general | ☐ Tuberculosis |
| ☐ Cualquier otro desorden de corazón | ☐ Diabetes | ☐ Herpes |
| ☐ Infarto(embolia cardiaca) | ☐ Problemas con el rinón | ☐ HIV positivo |
| ☐ Hepatitis o enfermedad del hígado | ☐ Desorden de las glandulas thyroidica | |
| ☐ SIDA | | |

¿Está tomando algún medicamento ahora? _____ ¿Cuál es? _____

¿ Está usted bajo tratamiento medico? _____ ¿Para qué condición _____

¿ Está embarazada? _____ ¿Amamantando? _____ ¿Tomando pastillas anticonseptivas? _____

¿Algo más que debemos saber de su historia médica? _____

La información dada es precisa y está completada a mi mejor conocimiento y es solo para el uso de mi tratamiento, para cobros, y proceso de seguro para los beneficios que me corresponden. No culpare al dentista a ningún miembro de la oficina, ellos no serán responsable por cualquier error u omisión que yo haya dado al completar éste documento.

Firma de paciente (padre si menor de edad) _____ Fecha _____



Dean J. Kokinias, D.D.S.

6085 Strathmoor Drive
Rockford, IL 61107

BIENVENIDOS

Le damos la más cordial bienvenida y l la vez agradecemos a todos por escoger ésta oficina para el cuidado dental de su boca. Esperamos verle con regularidad y recuerde que con sus recomendaciones seguiremos creciendo.

Citas

Si no puede asistir a su cita favor de notificarnos con un mínimo de **24 horas**, así con gusto le daremos otra cita en el tiempo más apropiado para usted. Citas no canceladas en **24 horas** se verán sujetas a un cobro mínimo de \$50.00 mas \$25.00 adicional por cada media hora despues de los primeros 60 minutos del tiempo citado. Usted sera responsable de éste cobro no su seguro dental.

Horario

Horarios de oficina y consultas son: Lunes a viernes 8:00am – 5:00pm

Pagos

Todo balance NO cubierto por su seguro dental es requerido pagar el día del tratamiento. Si no es pagado a tiempo tendra que pagar un interes de 18% APR (18% al año, 1.5% por mes). En caso que usted sustenga una deuda con la oficina, digna deuda sera entregada a una agencia de colección o a un abogado para su pronta liquidación. De lo contrario, usted sera responsable de gastos de abogados y costos de colección. Si su cuenta es enviada a la colección, usted será despedido de nuestra práctica.

Comunicación con el Paciente

Hablamos con usted por correspondencia de correo ó dejamos mensajes en las grabadoras de los números, envíe correos electronicos y/o mensoyes de texto indicados para recordarles de su cita, planes de su tratamiento, cualquier información en su seguro dental o cualquier asunto relacionado con el mejoramiento y el progreso en tratamientos dentales.

Yo entiendo las pólizas de esta oficina.

Firma de paciente o persona reponsable

Letra de Molde

Fecha