



Derrick D. Flint, DDS, MD A Board Certified Oral & Maxillofacial Surgeon

{512} 838-3118 www.flintoms.com 5301 Davis Ln, Suite 102, Austin, TX 78749

Registracion del Paciente

Persona Responsable (si es diferente al paciente)

Nombre: _____ Apellido: _____ Segunda Inicial _____

Domicilio: _____

Ciudad, Estado, Codigo Postal: _____

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

Fecha de Nacimiento: _____ Seguro Social: _____ Licencia _____

Informacion del Paciente

Nombre: _____ Apellido: _____ Segunda Inicial _____

Domicilio: _____

Ciudad, Estado, Codigo Postal: _____

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

Fecha de Nacimiento: _____ Seguro Social: _____ Email: _____

Sexo: O Hombre O Mujer Estado Civil: O Casado O Soltero O Divorciado O Viudo

Estate de Empleo: O Tiempo Completo O Medio Tiempo O Retirado O Estudiante

Contacto en caso de Emergencia: _____ Telefono: _____

Dentista Primario: _____ Telefono: _____

A quien podríamos agradecerles por referirlos a nuestra oficina: _____

Informacion de Poliza

Nombre de Asegurado: _____ Relacion al Asegurado _____

Fecha de Nacimiento: _____ Seguro Social _____ Empleo _____

Nombre de Seguro: _____ Numero de Telefono _____

Numero de Identificacion _____ Numero de Grupo _____



oral & maxillofacial surgery

Derrick D. Flint, DDS, MD

A Board Certified Oral & Maxillofacial Surgeon

(512) 838-3118 www.flintoms.com 5301 Davis Ln, Suite 102, Austin, TX 78749

4 HISTORIA DE LA SALUD

Alguna vez ha tomado cualquiera del group de drogas denominadas colvectivamente como "fen-phen?" Estos incluyen combinaciones de Ionimin, Adipex, Fastin (marcas de la fentermina), Luminal (fenfluramina) y Redux (dexfenfluramina).

Si No

Marqué "Si" o "No" para indicar si ha tenido alguno de los siguientes:

- SIDA/VIH, Anemia, Artritis, Reumatismo, Válvulas de corazón artificiales, etc.

Alguna vez ha estado hospitalizado? Si No En caso que sí explicar Fecha

Mujeres:

Esta embarazada Si No Fecha de espera ¿eres mama alimentación? Si No
Esta usando anticonceptivos Si No

Nombre de Médico Número de teléfono() Fecha de última visita

MEDICACIONES

ALERGIAS

Lista su medicamentos que está tomando actualmente y el diagnostic correspondiente:

- Aspirina, Anestesia Local (Novocaina), Barbituricos, Penicillina, Codeina, Sulfa/ Sulfato/ Sulfitos, Yodo, Otros medicamentos cuales?, Latex, Metales, Plastico, Ninguna

Nombre de la farmacia
Número de teléfono()

La información dada a nosotros es exacta al mejor de su conocimiento

Firma del Paciente o Guarda

5 ACTUALIZAR (A rellenarse en futuras citas)

¿Ha habido algún cambio en su salud desde última cita con el dentista? Si No

En caso que sí explicar

¿Está tomando algún medicamento nuevo? Si para que es?

Firma del Paciente o Guarda

Fecha



Derrick D. Flint, DDS, MD A Board Certified Oral & Maxillofacial Surgeon

(512) 838-3118 www.flintoms.com 5301 Davis Ln, Suite 102, Austin, TX 78749

Aviso de prácticas de privacidad del Departamento Estal de Servicios de Salud de Texas

ACUSE DE REVISIÓN

Fecha: _____

He revisado el Aviso de prácticas de privacidad del Departamento Estal de Servicios de Salud de Texas (versión en vigor el 20 de julio de 2015), el cual explica el uso que se le dará a mi información médica y las formas en que está se revelará. Entiendo que tengo derecho a recibir una copia de este aviso al solicitarla.

Nombre del paciente

Firma del paciente

Si quien ha completado el formulario ha sido el representante personal del paciente, el representante por favor ponga su nombre en letra de molde y firme en el siguiente espacio.

Representante personal

Firma del representante personal



Derrick D. Flint, DDS, MD

A Board Certified Oral & Maxillofacial Surgeon

(512) 838-3118 www.flintoms.com 5301 Davis Ln, Suite 102, Austin, TX 78749

Reconocimiento de Responsabilidad al Paciente

Cuota de tratamiento son debidos al momento del servicio. Tengo entendido que mi seguro sera fracturado como un acto de cortesía, y mi responsabilidad es saber y comprender las exclusiones y limitaciones de mi paliza de seguro dental. Entiendo que es mi responsabilidad informar a Flint OMS en el caso de cambio de información de mi seguro dental.

Tengo entendido que los presupuestos son solo una estimación y estoy de acuerdo en pagar todos los cargos (co-pagos y deducibles) en su totalidad, así como cualquier porción no cubierta por mi compania de seguros por CUALQUIER motivo.

Nombre del Paciente

Nomnbre de Persona Responsable

Firma de Persona Responsable

Fecha