



"Experience the Difference"

MIAMI DENTAL SEDATION SPA

401 SW 42nd Ave. Suite 302, Miami, FL 33134

PH:305.445.4646 FAX: 561.517.9006

escape@miamidentalsedationspa.com

REGISTRACION DEL PACIENTE

Informacion del Paciente:

Fecha: _____

Primer Nombre _____ Inicial Segundo Nombre _____ Apellido _____

Genero: Femenino Masculino Titulo: Ninguno Sr. Sra. Srta. Doña Dr.

Nombre Por el que prefiere ser llamado _____

Fecha de Nacimiento _____ Numero Social _____

Dirección: _____

Ciudad, Estado, Código Postal _____

Tel. Celular _____ Tel. Casa _____ Tel. Trabajo _____ Ext. _____

Correo Electrónico _____

Estado Civil: Soltero Casado Divorciado Viudo Otro

Preferencia de la cita: Ninguna AM PM A corto plazo? Si No

Para su comodidad, nuestra oficina se comunicara via mensaje de texto, correo electrónico, y enviara recordatorio de las citas sin inconvenientes.

Odontólogo Preferido _____

Como supo de nuestra oficina? _____

Nombre del la Persona

Si no fue una persona: Google Nuestra Pagina Web Internet Facebook Radio Instagram Yelp
 Anuncio en Nuestro Edificio Ninguno

En Miami Dental Sedation Spa podríamos usar sus fotos para fines educativos y/o promocionales. El firmante libera por completo y para siempre cualquier derecho a compensación actual o futura con la conexión en el uso de dichas imágenes fotográficas. _____ iniciales

El Paciente es: (seleccione todas las opciones que apliquen)

Paciente___ Titular de póliza___ Persona Responsable___

Empleado: Tiempo Completo___ Tiempo Parcial___ No Aplica___

Estudiante: Tiempo Completo___ Tiempo Parcial___ No Aplica___

En caso de emergencia favor contactar a _____

Telefono_____ Relación con usted_____

Quien es responsable de su cuenta? Yo ___ Cónyuge ___ Padre ___ Madre ___ Otro ___

Nombre de la Persona Responsable_____

Resp. Fecha de Nacimiento _____

Resp. Dirección: _____

Resp. Ciudad, Estado, Código Postal _____

Celular Persona Resp. _____ # Social Persona Resp. _____

Empleador Persona Responsable_____

Correo Electrónico de la Persona Responsable_____

Usted tiene seguro? Si ___ No ___

Tipo de Seguro: Dental___ Medico___

Empleador del Seguro Primario_____

Nombre de la Compañía de Seguro:_____

Primer Nombre del titular de la póliza: _____

Apellido del Titular de la póliza:_____

Relación con usted: Yo___ Cónyuge ___ Padre ___ Madre ___ Otro _____

****Numero de Identificación o Seguro Social del Titular de Póliza_____

Fecha de Nacimiento del Titular de la Póliza_____

Usted tiene seguro secundario? Si ____ No ____

Tipo de seguro secundario: Dental ____ Medico ____

Empleador del Seguro Secundario _____

Nombre de la Compañía del Seguro Secundario: _____

Primer Nombre del titular de la póliza secundaria: _____

Apellido del Titular de la póliza secundaria: _____

Relación con usted: Yo ____ Cónyuge ____ Padre ____ Madre ____ Otro ____

*******Numero de Identificación o Seguro Social** _____

Fecha de Nacimiento del Titular de la Póliza _____

Information Dental:

Motivo de su consulta el día de hoy: _____

Tiene dolor? Si ____ No ____ Desde hace cuanto tiempo? _____

Por favor, indique alguno de los siguientes problemas seleccionando en la casilla correspondiente:

- Molestia, sonidos o movimientos anormales en la mandíbula
- Relleno(s) dental (es) aflojado / roto(s)
- Dientes manchados
- Dificultad para cerrar la mandíbula
- Encías rojas, inflamadas o con sangrado
- Rechina/aprieta los dientes
- Bloqueo mandibular
- Dificultad para la apertura mandíbula
- Prótesis dental removible
- Mal aliento
- Zumbido en los oídos
- Dientes flojos/móviles
- Ampollas alrededor o dentro de la boca
- Diente roto / astillado
- Ardor en la lengua/labios
- Enfermedad de las encías
- Sangrado prolongado después de una lesión/extracción
- Dolor de muelas
- Edema/bultos en la boca
- Infección recientes o arder en la garganta
- Comida acumulada entre los dientes
- Otro

Si otro, por favor explique

Mis dientes son sensibles a:

Calor __ Frío __ Dulce __ Mordida __

Yo, el abajo firmante, certifico que yo (o mi dependiente) tengo cobertura de seguro y asigno a esta oficina dental todos los pagos del seguro, si los hubiere, los cuales, de otra forma, me serían reembolsados por los servicios prestados. Entiendo que soy responsable financieramente de todos los cargos aplicados, sean o no pagados por el seguro. Por medio de la presente, autorizo al doctor a divulgar la información necesaria para asegurar los pagos. Autorizo el uso de esta firma para todos los formularios del seguro.

Firma

Fecha

Por medio de la presente, reconozco haber recibido copia de las Notificaciones de Práctica Privada de esta oficina. Puedo negarme a firmar este reconocimiento. Para obtener una copia, puedo solicitarla en la oficina o en el portal de internet.

Firma

Fecha