



Community Health Connections

We take great care of you!

CHC FAMILY HEALTH CENTER – NUEVO PACIENTE-FORMULARIO DE REGISTRO DENTAL

Fecha de Hoy: _____

Preferencia de Centro del CHC: Fitchburg Leominster Gardner MWCC Escuela de higiene dental

Preferencia de estudiante: _____

INFORMACIÓN DEL PACIENTE:

Nombre del paciente: _____

Fecha de Nacimiento ____ / ____ / ____

Dirección: _____

Ciudad, Estado, Código Postal: _____

Número de Seguro Social: _____

Número de Teléfono de Casa: (____) - ____ - _____

Número de Celular: (____) - ____ - _____

Numero de Trabajo: (____) - ____ - _____

Correo Electrónico: _____ @ _____

INFORMACIÓN SOBRE EL EMPLEO (PADRE/GUARDIAN SI ES MENOR DE EDAD):

Esta empleado? Si No

Ocupación: _____

Nombre de la Compañía: _____

Dirección de la Compañía: _____

Ciudad, Estado, Código Postal: _____

Teléfono: _____

INFORMACIÓN DEL SEGURO:

Dental Nombre de la compañía de seguros (: Masshealth, BC/BS, Delta, etc.): _____

Número de Identificación: _____

Número de Suscriptor: _____

Nombre de Suscriptor del seguro: _____

Fecha de Nacimiento del Suscriptor: _____

Medico Nombre de la compañía de seguros (: Masshealth, BC/BS, Harvard Pilgrim etc): _____

Número de Identificación: _____

Número de Suscriptor: _____

Nombre de Suscriptor del seguro: _____

Fecha de Nacimiento del Suscriptor: _____

INFORMACIÓN DE CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA:

Nombre del contacto de emergencia: _____

Relación con el paciente: _____

Teléfono de casa: _____

Celular: _____

X He completado esta forma y certifico que soy el paciente o el tutor legal debidamente autorizado del paciente. Entiendo que mi compañía de seguros dental puede pagar menos que la factura real por servicios y acepto ser responsable del pago de todos los servicios

Firma: _____ **Fecha:** _____

Nombre: _____

Fitchburg Community Health Center
326 Nichols Rd., Fitchburg, MA 01420
Tel: (978) 878-8100
Fax: (978) 878-8326

Greater Gardner Community Health Center
175 Connors St., Gardner, MA 01440
Tel: (978) 878-8100
Fax: (978) 410-6109

Leominster Community Health Center
14 Manning Ave., Leominster, MA 01453
Tel: (978) 878-8100
Fax: (978) 847-0112

ACTION
Health Services
Tel: (978) 878-8100
Fax: (978) 878-8535



Community Health Connections

We take great care of you!

HISTORIA MÉDICA DEL PACIENTE:

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____

Tiene un Medico? Si No Nombre de Medico: _____

Ultimo Examen: _____ Número de Teléfono de la Oficina: _____

Tiene un Especialista? Si No Nombre del Especialista: _____

Razón: _____ Número de Teléfono de la Oficina: _____

Por favor liste todos los MEDICAMENTOS que usted toma (incluyendo aquellos sin recetas): Marque aquí si ninguno

NOMBRE de la medicación	Dosis	Con que frecuencia las toma

¿Alguna vez su médico le ha recomendado que se pre-medica con un antibiótico antes del tratamiento dental? Si No

En caso afirmativo, díganos el motivo de la premedicación y el antibiótico que toma: _____

Por favor liste cualquier CIRUGIA, HOSPITALIZACION, ENFERMEDADES GRAVES que haya tenido en los últimos 5 años:

Marque aquí si ninguno

Cirugía /Hospitalización / Enfermedad	Mes/Año

Por favor liste cualquier ALERGIA que tenga: Marque aquí si ninguno

Alergia	Reacción

Hábitos:

El Tabaco (fumar, masticar, e-cigarrillos – Note cantidad por día)	
Alcohol (# de bebidas/ tipo por día)	
Cafeína (tazas por día)	
Drogas Callejeras (tipo)	



Community Health Connections

We take great care of you!

HISTORIA MÉDICA DEL PACIENTE:

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____

Solo Mujeres:

Está embarazada? Si es afirmativa – cuanto tiempo?	SI NO	
Esta amamantando?	SI NO	
Está tomando anticonceptivos orales?	SI NO	

Por favor MARQUE SI O NO si actualmente tiene o ha tenido un historial de los siguientes:

Marcapasos Cardíaco– Fecha y Lugar:	SI NO	SIDA o Infección de VIH	SI NO
Ataque al Corazón – Fecha:	SI NO	Hepatitis – A, B o C	SI NO
Prolapso de la Válvula Mitral	SI NO	Enfermedad del Hígado	SI NO
Angina	SI NO	Enfermedad del Riñón	SI NO
Hipertensión arterial	SI NO	Cáncer	SI NO
Presión arterial baja	SI NO	Leucemia	SI NO
Derrame cerebral	SI NO	Radiación / Quimioterapia	SI NO
Epilepsia / Convulsiones	SI NO	Alzheimer / Demencia	SI NO
Diabetes	SI NO	TDAH/Trastorno por déficit atención con hiperactividad	SI NO
Artritis	SI NO	Discapacidad Intelectual	SI NO
Reemplazo de Artículos o Implante Pre medicación?	SI NO	Uso de Bisfosfonatos (Fosamax, Boniva, Actonel)	SI NO
Problema de Tiroides	SI NO	Enfermedad Mental	SI NO
Problemas de estomago / Ulceras	SI NO	Fiebre Reumática	SI NO
Glaucoma	SI NO	Autismo/ Aspergers	SI NO
Anemia	SI NO	Uso del Medicamento Fen-Phen	SI NO
Asma	SI NO	Uso de Viagra dentro de las 24 horas	SI NO
Problemas Respiratorios (Enfisema, etc.)	SI NO		
Otro:			

HISTORIA DENTAL DEL PACIENTE:

Por favor MARQUE SI O NO si actualmente tiene o ha tenido un historial de los siguientes:

Dificultad en abrir o cerrar	SI NO	Sangrado de las encías al cepillarse o usar hilo dental	SI NO
Hacer clic o saltar al abrir/cerrar	SI NO	Sensibilidad al calor, frio o dulces	SI NO
Dificultad masticando	SI NO	Tratamiento Ortodoncia (Tirantes)	SI NO
Dolor (articulación, el oído, lado de la cara)	SI NO	Tratamiento Endodoncia (tratamiento de conducto)	SI NO
Lesiones en la cabeza, cuello o mandíbula	SI NO	Hemorragia prolongada después de las extracciones	SI NO
Apretar o rechina los dientes	SI NO	Extracciones difíciles	SI NO
Mordedura de labios o mejillas con frecuencia	SI NO	Usa dentaduras postizas o parciales	SI NO
Llagas o bultos en o cerca de su boca	SI NO	Instrucciones de higiene oral con respecto al cuidado de sus dientes y encías	SI NO
Dolores de cabeza frecuentes	SI NO		
Dolor en cualquiera de sus dientes	SI NO	LE GUSTA SU SONRISA?	SI NO
Otro:			



Community Health Connections

We take great care of you!

Nombre del Paciente: _____

Fecha de Nacimiento: ____/____/____

Consentimiento Dental para Tratamiento

Yo, _____, Fecha de Nacimiento: _____ por lo presente autorizo a Community Health Connections Servicios Dentales y a sus proveedores licenciados a que me traten (o la persona bajo mi cuidado para la cual soy el guardian legal) con tratamiento dental o procedimiento dentales según lo recomendado por mi proveedor dental después de discutir conmigo. Autorizo el intercambio de mi información dental a los departamentos de Salud Mental y Salud Médica de Community Health Connections según sea necesario para la coordinación de mi atención.

X Firma: _____

Fecha: _____

Firma del Proveedor de CHC: _____

Fecha: _____

Autorización y Liberación Dental

Yo, _____, Fecha de Nacimiento: _____ certifico que he leído y entiendo la información anterior a mi leal saber y entender. Las preguntas anteriores han sido contestadas con precisión. Entiendo que proporcionar información incorrecta puede ser peligroso para mi salud (o la persona bajo mi cuidado para la que soy el guardián legal.) Autorizo al dentista a divulgar cualquier información incluyendo el diagnostico y los registros de cualquier tratamiento o examen que me hayan sido prestados (o la persona bajo mi cuidado por la cual yo soy el tutor legal) durante el periodo de dicha atención dental a terceros pagadores y o profesionales de la salud. Autorizo y solicito a la compañía de seguros que pague directamente al dentista o a los beneficios del seguro de grupo dental que de otro modo me pagarían.

X Firma: _____

Fecha: _____

Firma del Proveedor de CHC: _____

Fecha: _____

Fitchburg Community Health Center
326 Nichols Rd., Fitchburg, MA 01420
Tel: (978) 878-8100
Fax: (978) 878-8326

Greater Gardner Community Health Center
175 Connors St., Gardner, MA 01440
Tel: (978) 878-8100
Fax: (978) 410-6109

Leominster Community Health Center
14 Manning Ave., Leominster, MA 01453
Tel: (978) 878-8100
Fax: (978) 847-0112

ACTION
Health Services
Tel: (978) 878-8100
Fax: (978) 878-8535