

Boyle Heights Dental Care
 2206 E. Cesar E. Chavez Ave
 Los Angeles, CA 90033
 323-265-3680

Registracion de Paciente Nuevo

Nombre de paciente _____ Fecha de Nacimiento _____

Numero de Celular/Casa _____ Numero de Trabajo _____

Correo Electronico _____

Forma de contacto preferida Celular Correo Electronico Ambos

Dirreccion de correo _____

Cuidad _____ Estado _____ Codigo Postal _____

Empleador _____

Ocupacion _____ Numero de Seguro Social _____

Como subo de nosotros _____

Informacion de Aseguranza: No tengo aseguranza

Nombre de Aseguranza / Medical _____ Numero de Grupo _____

De quien es la Aseguranza: Yo Pareja Madre Padre

Numero de ID o Seguro Social de el Miembro Principal _____

Fecha de Nacimiento* _____

*Si usted NO es el miembro principal de la aseguranza ponga la fecha de nacimiento de la persona que lo es

Empleador de el miembro principal _____

Historial Dental

Razon de su visita hoy: _____ Fecha de su ultima visita: _____

Nombre de ultimo Dentista: _____ Fecha de sus ultimos Rayos X: _____

Por ponga una X si aplica a usted:

	SI	NO		SI	NO
Mal Aliento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sensibilidad Dental (frio, caliente)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mastica solamente de una lado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ansiedad/Miedo Dental	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se le queda la comida entre los dientes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cepillado Agresivo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolor en la Mandibula	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Esta contento/a con su sonrisa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rellenos Suelos o Rotos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Tiene o a tenido Braces	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gusta Informacion sobre:		
A tenido Terapia de Encias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Blanquamiento Dental	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ampollas en los labios o la boca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enderezar los Dientes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Boca Seca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tecnicas de Cepillado o uso de		
Rechina o Aprieta los dientes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	hilo dental	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hinchazon o Sangrado de la encias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

Cada cuanto de cepilla _____

Cada cuanto usa hilo dental _____