



## REGISTRO

### INFORMATION DEL PACIENTE:

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Peso (libras): \_\_\_\_\_ La Talla: \_\_\_\_\_ El Genero: \_\_\_\_\_

Nombre del Consultorio Dental: \_\_\_\_\_ Dia de la Cita: \_\_\_\_\_

### PERSONA RESPONSABLE:

Nombre: \_\_\_\_\_ Relacion con el Paciente: \_\_\_\_\_

Telefono: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

Direccion de envio: \_\_\_\_\_

PAGO INFORMATION:         Pago por cuenta propia     Medicaid de Colorado Estado

#### PREOPERATORIA (en ayunas) DIRECTRICES

##### Citas antes de 11:00 AM:

- ↳ Nada de comer o beber a partir de las 8 horas antes de la anestesia
- ↳ Puede tomar la medicacion por lo menos 2 horas antes con un sorbo de agua PEQUENO

##### Citas despues de 11:00 PM:

- ↳ Nada de comer or beber a partir de las 8 horas antes de la anestesia
- ↳ Puede beber aqua o Sprite SOLO hasta 4 horas antes de la anestesia
- ↳ Puede tomar la medicacion por lo menos 2 horas antes con un sorbo de aqua PEQUENO

### Certifico que:

- He leído y entendido las instrucciones de ayuno.
- CarePoint puede comunicar la informacion del paciente utilizando la informacion de contacto que aparece mas arriba.

Paciente/Guardian Legal Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_