

BIENVENIDO

Nos complace en darle la bienvenida a nuestro consultorio. Por favor tome unos minutos para llenar éste formulario lo mejor que pueda. Nos complacerá ayudarle si tiene usted alguna pregunta. Nos entusiasma el trabajar con usted en el mantenimiento de su salud dental.

INFORMACION DEL PACIENTE

Nombre _____ No. Seguro Social _____
Apellido Primer Nombre Inicial

Domicilio _____
Ciudad _____ Estado _____ Codigo Postal _____ Tel de Casa _____
Cel _____ Email _____

Sexo M F Edad _____ Fecha de Nacimiento _____ Soltero/a Casado/a Viudo/a Separado/a Divorciado/a

Paciente trabaja para _____ Ocupación _____
Domicilio del trabajo _____ Tel del Trabajo _____
Email del trabajo _____

¿A quien podemos agradecer por su referencia? _____

Notifique en caso de emergencia _____ Tel de Casa _____
Cel _____ Tel de Trabajo _____
Email del trabajo _____

SEGURO PRIMARIO

Persona responsable por la cuenta _____
Apellido Primer Nombre Inicial

Relación con el paciente _____ Fecha de nacimiento _____ No. Seguro Social _____
Domicilio (si es diferente a la del paciente) _____ Tel de Casa _____
Ciudad _____ Estado _____ Codigo Postal _____
Cel _____ Email _____

La persona responsable trabaja para _____ Ocupación _____
Domicilio del Trabajo _____ Tel del Trabajo _____
Email del Trabajo _____

Compañía de Seguro _____ Tel _____
Email _____

No. de Contrato _____ No. de Grupo _____ No. de Suscripción _____

Nombre de otros dependientes bajo de este plan _____

SEGURO ADICIONAL

Esta paciente esta cubierto por un seguro adicional? Si No

Persona inscrita _____ Relación con el Paciente _____ Fecha de Nacimiento _____
Domicilio (si es diferente a la del paciente) _____ No. Seguro Social _____
Ciudad _____ Estado _____ Codigo Postal _____ Tel de casa _____
Cel _____ Email _____

Persona inscrita trabaja para _____ Tel de Trabajo _____
Email del Trabajo _____

Compañía de Seguro _____ Tel _____
Email _____

No. de Contrato _____ No. de Grupo _____ No. de Suscripción _____

Nombre de otros dependientes bajo éste plan _____

Favor de llenar ambos lados

HISTORIAL DENTAL

¿Qué le gustaría que hicieramos hoy? _____ ¿Tiene usted alguna incomodidad dental el día de hoy? _____

Dentista anterior _____ Domicilio _____

Email del Dentista _____ Tel _____

Fecha del último cuidado dental _____ Fecha de las últimas radiografías _____

Marque con una palomita (✓) sí o no si a tenido alguno de los siguientes problemas:

- | | | | |
|--|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Mal aliento | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Comida entre los dientes | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Tratamiento periodontal | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Sensibilidad a lo dulce |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Sangrado de las encías | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Rechinado de dientes | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Sensibilidad al frío | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Sensibilidad al morder |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No La mandíbula se salta o hace ruido | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Dientes sueltos o rellenos rotos | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Sensibilidad al calor | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Úlcera o brotes en la boca |

¿Qué tan seguido se cepilla? _____ ¿Que tan seguido usa el hilo dental? _____

¿Cómo se siente sobre la apariencia de sus dientes? _____

¿Alguna vez ha experimentado una reacción adversa durante o en conjunto con un medicamento o procedimiento dental? Sí No

Otra información sobre su salud dental o tratamiento previo _____

HISTORIAL MEDICO

Nombre del doctor _____ Tel _____

Fecha de la última visita _____ ¿A tenido alguna enfermedad u operación seria? Sí No

Si sí, describa _____

¿Está usted actualmente bajo cuidado médico? Sí No Si sí, describa _____

¿Alguna vez a tenido una transfusión de sangre? Sí No Si sí, dé las fechas aproximadas _____

¿Alguna vez a tomado Fen-Phen/Redux? Sí No

Mujeres: ¿Está usted embarazada? Sí No ¿Está usted amamantando? Sí No

¿Está usted tomando píldoras anticonceptivas? Sí No

Marque con una palomita (✓) si alguna vez a tenido alguna de las siguientes condiciones:

- | | | | |
|---|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No SIDA, VIH positivo | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Tos persistence | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Enfermedad o padecimiento del riñon | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Fiebre reumática |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Anafilaxis | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Tos con sangre | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Enfermedad del hígado | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Culebrilla o herpes zoster |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Anemia | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Diabetes | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Alergias a materiales (latex, lana, metal, químicos) | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Falta de aliento |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Artritis, reumatismo | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Epilepsia | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Prolapso de la válvula mitral | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Salpullido en la piel |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Válvulas artificiales del corazón | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Desmayos | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Problema de los nervios | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Espina bifida |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Articulaciones artificiales | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Alergia a un tipo de comida | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Operación del corazón/ marcapasos | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Embolia |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Asma | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Glaucoma | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Cuidado psiquiatrico | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Implantes quirúrgicos |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Atópico (Propenso a las alergias) | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Dolor de cabeza | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Rápida perdida y ganancia de peso | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Inflamación de los pies y tobillos |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Problemas de la espalda | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Irregularidad cardiaca | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Tratamiento de radiación | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Enfermedad o padecimiento de la tiroides |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Enfermedades de la sangre | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Problemas del corazón | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Enfermedades respiratorias | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Hábitos al tabaco |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Cáncer | Describe _____ | | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Amigdalitis |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Dependencia química | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Hemofilia/Hemorragia anormal | | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Tuberculosis |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Quimioterapia | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Herpes | | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Úlcera/colitis |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Problemas de circulación | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Hepatitis | | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Enfermedades venerias |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Tratamientos de cortisona | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Alta presión | | |
| | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Dolor en la mandibula | | |

¿Está el paciente actualmente tomando algún medicamento? Si sí, enlistelos todos:

¿Tiene el paciente alergia a algún medicamento? Si sí, enlistelos todos:

AUTORIZACION

He revisado la información en éste cuestionario y es precisa según mi conocimiento. Entiendo que ésta información será utilizada por el dentista para ayudar a determinar un tratamiento dental apropiado y saludable. Si hay algún cambio en mi estatus médico, se lo informaré al dentista.

Autorizo a la compañía de seguros indicada en éste formulario a pagar al dentista todos los beneficios asegurados por los servicios prestados que de otra manera fueran pagaderos a mí. Autorizo el uso de ésta firma en todos las peticiones al seguro.

Autorizo al dentista a revelar toda información necesaria para asegurar el pago de los beneficios. Entiendo que soy económicamente responsable por todos los cargos ya sean o no pagados por el seguro.

Firma _____ Fecha _____

El pago debe hacerse en su totalidad a la hora del tratamiento al menos que se hayan aprobado arreglos con anterioridad.