

BIENVENIDO

Nos complace en darle la bienvenida a nuestro consultorio. Por favor tome unos minutos para llenar este 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:

- | | | | |
|--|--|---|--|
| ☐ Sí ☐ No Mal aliento | ☐ Sí ☐ No Comida entre los dientes | ☐ Sí ☐ No Tratamiento periodontal | ☐ Sí ☐ No Sensibilidad a lo dulce |
| ☐ Sí ☐ No Sangrado de las encías | ☐ Sí ☐ No Rechinado de dientes | ☐ Sí ☐ No Sensibilidad al frío | ☐ Sí ☐ No Sensibilidad al morder |
| ☐ Sí ☐ No La mandíbula se salta o hace ruido | ☐ Sí ☐ No Dientes sueltos o rellenos rotos | ☐ Sí ☐ No Sensibilidad al calor | ☐ Sí ☐ 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 pildoras anticonceptivas? ☐ Sí ☐ No

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

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

¿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 mi. 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.