

Bienvenido

¡Gracias por elegir nuestro equipo de atención dental!

Nos esforzaremos por brindarle la mejor atención dental posible.

Para ayudarnos a satisfacer todas sus necesidades de atención dental, complete este formulario por completo.

Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda, comuníquese con nosotros, estaremos encantados de ayudarle.

Información del Paciente (CONFIDENCIAL)

No. de paciente _____
No. de seguro social _____
Fecha _____
Teléfono personal _____

Nombre _____ Fecha de nacimiento _____
Dirección _____ Estado / Provincia _____ Ciudad _____ Código Postal / P.C. _____
Correo electrónico _____ Teléfono celular _____

Marque la casilla correspondiente: Menor Soltero(a) Casado(a) Divorciado(a) Viudo(a) Separado(a)

Estado / Provincia _____ Ciudad _____ Tiempo completo Tiempo parcial

Si es estudiante, nombre de la universidad _____
Empleador del paciente o tutor _____ Teléfono del trabajo _____
Dirección comercial _____ Estado / Provincia _____ Ciudad _____ Código Postal / P.C. _____

Cónyuge o nombre del padre o tutor _____ Empleador _____ Teléfono del trabajo _____
¿A quién podemos agradecer por referirte? _____
Persona de contacto en caso de emergencia _____ Teléfono _____

Parte Responsable

Nombre de la persona responsable de esta cuenta _____ Relación con el Paciente _____
Dirección _____ Teléfono particular _____
Correo electrónico _____ Teléfono celular _____

No. de licencia de conducir _____ Fecha de nacimiento _____ Institución financiera _____
Empleador _____ Teléfono del trabajo _____ No. de seguro social _____

¿Es esta persona actualmente un paciente de nuestra consulta? Sí No

Para su conveniencia, ofrecemos los siguientes métodos de pago. Marque la opción que prefiera. Pago total por cada cita:
 Efectivo Cheque personal Tarjeta de crédito VISA MasterCard Desco analizar las políticas de pago de consultas

Información del Seguro

Nombre del asegurado _____ Relación con el Paciente _____
Fecha de nacimiento _____ No. de seguro social _____ Fecha de empleo _____
Nombre del empleador _____ No. de sindicato o gremio local _____ Teléfono del trabajo _____
Dirección del empleador _____ Estado / Provincia _____ Ciudad _____ Código Postal / P.C. _____

Compañía de seguros _____ No. de grupo _____ Política / Identificación No. _____
Dirección de la compañía de seguros _____ Estado / Provincia _____ Ciudad _____ Código Postal / P.C. _____

¿De cuánto es su deducible? _____ ¿Cuánto has usado? _____ Beneficio máximo anual _____

¿TIENE ALGÚN SEGURO ADICIONAL? Sí No **SI LA RESPUESTA ES SÍ, LLENE LOS SIGUIENTES**

Nombre del asegurado _____ Relación con el Paciente _____
Fecha de nacimiento _____ No. de seguro social _____ Fecha de empleo _____
Nombre del empleador _____ No. de sindicato o gremio local _____ Teléfono del trabajo _____
Dirección del empleador _____ Estado / Provincia _____ Ciudad _____ Código Postal / P.C. _____

Compañía de seguros _____ No. de grupo _____ Política / Identificación No. _____
Dirección de la compañía de seguros _____ Estado / Provincia _____ Ciudad _____ Código Postal / P.C. _____

¿De cuánto es su deducible? _____ ¿Cuánto has usado? _____ Beneficio máximo anual _____

Antecedentes Médicos del Paciente

Médico _____ No. de teléfono de la Médico _____

- | | | SÍ | NO | | | SÍ | NO |
|--|--------------------------|--------------------------|----|---|--------------------------|--------------------------|----|
| 1. ¿Se encuentra ahora bajo tratamiento? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | 9. ¿Es alérgico o ha sufrido alguna reacción alérgica a los siguientes elementos? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 2. ¿Ha estado alguna vez hospitalizado por alguna intervención quirúrgica o enfermedad grave durante los últimos 5 años? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | Anestesia Local (por ejemplo, Novocaina) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Si la respuesta es sí, explique _____ | | | | Penicilina o cualquier otro antibiótico | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | | | | Medicamentos con Sulfa | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 3. ¿Toma algún medicamento (s) incluidos los medicamentos sin receta médica? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | Barbitúricos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Si la respuesta es sí, ¿qué medicamento(s) está tomando? _____ | | | | Sedantes | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | | | | Yodo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 4. ¿Ha tomado alguna vez Fen-Phen / Redux? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | Aspirina | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 5. ¿Consume tabaco? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | Algún Metal (pos ejemplo, níquel, mercurio, etc.) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 6. ¿Usa sustancias controladas? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | Látex / Goma | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 7. ¿Está usando lentes de contacto? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | Otro (por favor enumere) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | | | | 10. Tiene tos o aclaración de la garganta persistente no asociada con una enfermedad conocida (que haya durado más de 3 semanas)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 8. ¿Tiene o ha tenido alguno de los siguientes? | | | | 11. Sólo Mujeres: | | | |
| | | | | a) ¿Está actualmente embarazada o cree que puede estarlo? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | | | | b) ¿Está amamantando | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | | | | c) ¿Está tomando anticonceptivos orales? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

SÍ		NO	SÍ		NO	SÍ		NO
Hipertensión Arterial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cardiopatía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolores en el pecho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ataque Cardíaco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Marcapasos Cardíaco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Quedar Fácilmente sin Aliento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fiebre Reumática	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Soplo Cardiopatía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Derrame Cerebral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hinchazón de Tobillos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Marcapasos Cardíaco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fiebre del Heno / Alergias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Desmayo / Ataques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cansancio Frecuente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tuberculosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Radioterapia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Presión Arterial Baja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfisma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Glaucoma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Epilepsia/Convulsiones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cáncer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pérdida de Peso Reciente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leucemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Artritis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad Hepática	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Implante o Reemplazo de Articulaciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas al Corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedad Renal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hepatitis / Ictericia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas Respiratorios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SIDA o Infección de VIH	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedades de transmisión sexual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Prolapso de la Válvula Mitral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problema de Tiroides	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas Estomacales/Úlceras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otros _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Antecedentes Dentales del Paciente

Nombre y Ubicación del Dentista Anterior _____

- | | | SÍ | NO | | | SÍ | NO |
|---|--------------------------|--------------------------|----|---|--------------------------|--------------------------|----|
| 1. ¿Sangran sus encías mientras se cepilla o usa la seda dental? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | 8. ¿Tiene dolores de cabeza frecuentes? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 2. ¿Sus dientes son sensibles a los alimentos o líquidos calientes o fríos? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | 9. ¿Aprieta o rechina los dientes? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 3. ¿Sus dientes son sensibles a los alimentos o líquidos dulces o amargos? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | 10. ¿Se muerde los labios o mejilla con frecuencia? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 4. ¿Siente dolor en alguno de sus dientes? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | 11. ¿Ha tenido extracciones difíciles en el pasado? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 5. ¿Tiene alguna llaga o bulto en la boca o alrededor de ella? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | 12. ¿Ha tenido alguna vez alguna hemorragia prolongada después de una extracción? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 6. ¿Ha tenido lesiones en la cabeza, cuello o mandíbula? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | 13. ¿Ha tenido algún tratamiento de ortodoncia? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 7. ¿Ha experimentado alguno de los siguientes problemas en su mandíbula? | | | | 14. ¿Usa prótesis totales o parciales? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Chasquido | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | Si la respuesta es sí, fecha de procedimiento _____ | | | |
| Dolor (articulación, dedo, costado de la cara) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | 15. ¿Ha recibido alguna vez instrucciones de higiene bucal concerniente al cuidado de sus dientes y encías? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Dificultad para abrirla o cerrarla | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | 16. ¿Le gusta su sonrisa? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Dificultad para mascar | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | |

Autorización Y Entrega de Información

Certifico que he leído y que comprendo la información anterior, a mi entender. Las preguntas anteriores se han contestado en forma precisa. Comprendo que proporcionar información incorrecta puede ser peligroso para mi salud. También autorizo al dentista a entregar cualquier información incluido el diagnóstico y registros de cualquier tratamiento o exámenes prestados a mí o a mi hijo durante el período de dicha atención dental a terceros pagadores y / o a otros profesionales de la salud. Autorizo y solicito a mi compañía de seguros a pagar directamente al dentista o al grupo de dentales los beneficios del seguro o de lo contrario pagaderos a mi persona. Comprendo que mi compañía de seguros dental puede pagar menos que la boleta real por los servicios. Acepto hacerme responsable de los pagos de todos los servicios prestados en mi nombre o mis cargas.

Firma del paciente (o padre / tutor si es menor de edad) _____

Comentarios del Médico _____

Firma _____ Fecha _____