

Bienvenido

Le damos la bienvenida a nuestra clínica. Tómese algunos minutos para completar este formulario en la forma más exhaustiva posible. Con gusto responderemos todas sus preguntas. Nos alegra trabajar con usted para mantener su salud dental.

Información del paciente

Fecha _____ Teléfono del hogar (____) _____ Celular (____) _____
Nombre _____ SS/HIC/ID Paciente _____
Apellido _____ Nombre _____ Inicial del segundo nombre _____
Dirección _____ Correo electrónico _____
Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
Sexo M F Edad _____ Fecha de nacimiento _____
 Casado Viudo Soltero Menor
 Separado Divorciado En pareja durante _____ años
Empleador/escuela del paciente _____ Ocupación _____
Dirección del empleador/escuela _____ Teléfono del empleador/escuela (____) _____
¿A quién podemos agradecer su referencia? _____
¿En caso de emergencia, a quién debemos notificar? _____ Teléfono (____) _____

Seguro primario

Persona responsable por la cuenta _____
Apellido _____ Nombre _____ Inicial del segundo nombre _____
Relación con el paciente _____ Fecha de nacimiento _____ Núm. Seg. Soc. _____
Dirección (si es diferente de la del paciente) _____ Teléfono (____) _____
Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
Persona responsable empleada por _____ Ocupación _____
Dirección laboral _____ Teléfono laboral (____) _____
Compañía de seguros _____
Número de contrato _____ Número de grupo _____ Número de suscriptor _____
Nombres de otras personas a cargo cubiertas por este plan _____

Seguro adicional

¿El paciente está cubierto por algún seguro adicional? Sí No
Nombre del suscriptor _____ Fecha de nacimiento _____ Relación con el paciente _____
Dirección (si es diferente de la del paciente) _____ Teléfono (____) _____
Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
Suscriptor empleado por _____ Teléfono del trabajo (____) _____
Compañía de seguros _____ Núm. Seg. Soc. _____
Número de contrato _____ Número de grupo _____ Número de suscriptor _____
Nombres de otras personas a cargo cubiertas por este plan _____

Historial odontológico

Motivo de la consulta de hoy _____ Fecha de la última consulta odontológica _____

Dentista anterior _____ Fecha de la última radiografía odontológica _____

Domicilio _____

Marcar (✓) si ha tenido alguno de los siguientes problemas:

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Mal aliento | <input type="checkbox"/> Rechinar de dientes | <input type="checkbox"/> Sensibilidad al calor |
| <input type="checkbox"/> Sangrado de encías | <input type="checkbox"/> Dientes flojos o empastes rotos | <input type="checkbox"/> Sensibilidad a lo dulce |
| <input type="checkbox"/> Chasquido o crujido mandibular | <input type="checkbox"/> Tratamiento periodontológico | <input type="checkbox"/> Sensibilidad al morder |
| <input type="checkbox"/> Acumulación de comida entre los dientes | <input type="checkbox"/> Sensibilidad al frío | <input type="checkbox"/> Llagas o protuberancias en la boca |

¿Con qué frecuencia utiliza hilo dental? _____ ¿Con qué frecuencia se cepilla los dientes? _____

Historial médico

Nombre del médico _____ Fecha de la última consulta _____

¿Alguna vez ha tomado alguno de los fármacos del grupo denominado en inglés "fen-phen"? Esto incluye combinaciones de Ionimin, Adipex, Fastin (nombres comerciales de la fentermina), Pondimin (fenfluramina) y Redux (dexfenfluramina). Sí No

¿Ha tenido alguna enfermedad grave u operación? Sí No Si respondió sí, describa _____

¿Alguna vez se le ha efectuado una transfusión de sangre? Sí No Si respondió sí, indique fechas aproximadas _____

(Mujeres) ¿Está usted embarazada? Sí No ¿Amamantando? Sí No ¿Tomando píldoras anticonceptivas? Sí No

Marcar (✓) si ha tenido alguno de los siguientes problemas:

- | | | | |
|--|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Tratamientos con cortisona | <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> Fiebre escarlata |
| <input type="checkbox"/> Artritis, reumatismo | <input type="checkbox"/> Tos persistente | <input type="checkbox"/> Presión sanguínea alta | <input type="checkbox"/> Dificultad para respirar |
| <input type="checkbox"/> Válvulas cardíacas artificiales | <input type="checkbox"/> Tos con sangre | <input type="checkbox"/> VIH/SIDA | <input type="checkbox"/> Erupción cutánea |
| <input type="checkbox"/> Articulaciones artificiales | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Dolor mandibular | <input type="checkbox"/> Apoplejía |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Epilepsia | <input type="checkbox"/> Enfermedad renal | <input type="checkbox"/> Hinchazón de pies o talones |
| <input type="checkbox"/> Problemas lumbares | <input type="checkbox"/> Desmayos | <input type="checkbox"/> Enfermedad hepática | <input type="checkbox"/> Problemas de tiroides |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad sanguínea | <input type="checkbox"/> Glaucoma | <input type="checkbox"/> Prolapso de válvula mitral | <input type="checkbox"/> Tabaquismo |
| <input type="checkbox"/> Cáncer | <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza | <input type="checkbox"/> Marcapasos | <input type="checkbox"/> Amigdalitis |
| <input type="checkbox"/> Dependencia de fármacos | <input type="checkbox"/> Soplo cardíaco | <input type="checkbox"/> Radioterapia | <input type="checkbox"/> Tuberculosis |
| <input type="checkbox"/> Quimioterapia | <input type="checkbox"/> Problemas cardíacos | <input type="checkbox"/> Enfermedad respiratoria | <input type="checkbox"/> Úlcera |
| <input type="checkbox"/> Circulatory Problems | <input type="checkbox"/> Hemofilia | <input type="checkbox"/> Fiebre reumática | <input type="checkbox"/> Enfermedad venérea |

MEDICAMENTOS

Enumere los medicamentos que está tomando actualmente:

ALERGIAS

Autorización

Certifico que yo y/o mi(s) persona(s) a cargo tenemos cobertura de seguro con _____ y cedemos directamente al
Nombre de la(s) Compañía(s) de Seguros

Dr. _____ todos los beneficios del seguro, si los hubiere, de otro modo pagaderos a mí por servicios prestados. Comprendo que soy responsable desde el punto de vista financiero por todos los cargos, sean o no pagados por el seguro. Autorizo el uso de mi firma en todos los documentos del seguro.

El dentista arriba mencionado puede utilizar mi información sobre atención de salud y puede divulgar dicha información a la(s) Compañía(s) de Seguros arriba mencionadas y sus agentes con el fin de obtener el pago de los servicios y determinar los beneficios del seguro pagaderos por servicios relacionados. Este consentimiento terminará cuando se complete mi plan de tratamiento actual o un año después de la fecha de suscripción a continuación.

Firma del paciente, padre/madre, tutor o representante personal

Fecha

Indicar nombre del paciente, padre/madre, tutor o representante personal

Relación con el paciente

El pago debe efectuarse en su totalidad en el momento del tratamiento, a menos que se hayan aprobado otros arreglos al respecto.