

INFORMACION DEL PACIENTE

*¡Gracias por seleccionarnos para su cuidado dental!
Nos esforzaremos por prestarle la mejor atención dental posible.
Para ayudarnos a satisfacer todas sus necesidades de atención dental,
llene completamente este formulario. Si tiene alguna pregunta o
necesita ayuda, consúltenos, con gusto lo atenderemos.*

Cuál es la razón principal de su visita?

Fecha _____

No. de Seg. Soc. _____

Nombre _____ Fecha de nacimiento _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Teléfono casa _____ Teléfono celular _____ Teléfono trabajo _____

Correo Electrónico _____

Marque el cuadro correspondiente: Menor Soltero(a) Casado(a) Divorciado(a) Viudo(a) Separado(a)

A quién le podemos agradecer por referirlo(a)? _____

Persona de contacto en caso de emergencia _____ Teléfono _____

INFORMACION DEL SEGURO

Nombre del Asegurado _____ Relación con el Paciente _____

Fecha de nacimiento _____ No. Del seguro social _____

Nombre del Empleador _____ Teléfono del trabajo _____

Dirección del empleador _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Compañía de Seguros _____ No. De Grupo _____ Política/No. De Identificación _____

TIENE ALGUN SEGURO ADICIONAL? Si No

SI LA RESPUESTA ES SI, LLENE LO SIGUIENTE:

Nombre del Asegurado _____ Relación con el Paciente _____

Fecha de nacimiento _____ No. Del seguro social _____

Nombre del Empleador _____ Teléfono del trabajo _____

Dirección del empleador _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Compañía de Seguros _____ No. De Grupo _____ No. de Identificación _____

Continúe en la hoja siguiente

HISTORIA MÉDICA

- | | |
|--|--|
| <p>1. Se encuentra ahora bajo tratamiento médico? Si No
 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>2. Ha estado alguna vez hospitalizado por alguna intervención quirúrgica o enfermedad grave durante los últimos 5 años? Si No
 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
 Si la respuesta es si, explique: _____
 _____</p> <p>3. Toma algún medicamento(s) incluidos los medicamentos sin receta médica? Si No
 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
 Si la respuesta es si, ¿Qué medicamentos está tomando? _____
 _____</p> <p>4. Consume tabaco? Si No
 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>5. Usa sustancias controladas? Si No
 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>6. Está usando lentes de contacto? Si No
 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> | <p>7. Es alérgico o ha sufrido alguna reacción alérgica a los siguientes elementos? Si No</p> <p>Anestesia local (por ejemplo, Novocaína) Si No
 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Penicilina o cualquier otro antibiótico Si No
 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Medicamentos con Sulfá Si No
 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Barbitúricos Si No
 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Sedantes Si No
 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Yodo Si No
 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Aspirina Si No
 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Algún Metal (por ej. Niquel, mercurio, etc.) Si No
 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Latex/Goma Si No
 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Otro (por favor enumere) _____ Si No
 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <hr/> <p>8. Sólo Mujeres:</p> <p>a) Está actualmente embarazada o cree que pueda estarlo? Si No
 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>b) Está amamantando? Si No
 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>c) Está tomando anticonceptivos orales? Si No
 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> |
|--|--|

Tiene o ha tenido alguno de los siguientes?

- | Si No | | Si No | | Si No | |
|-------------------------------|---|-------------------------|---|-------------------------------|---|
| Hipertensión Arterial | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Cardiopatía | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Dolor 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 Cardíaco | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Derrame Cerebral | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| Hinchazón de Tobillos | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Angina | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Fiebre del Heno/Alergias | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| Desmayos/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"/> | Enfisema | <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 | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Problemas al Corazón | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| Enfermedad Renal | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Articulaciones | <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"/> | Hepatitis/Ictericia | <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"/> | Enfermedades de | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Otros _____ | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| Problemas estomacales/ulceras | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Transmisión sexual | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | _____ | |

HISTORIA DENTAL

Cuándo fue su último chequeo dental? _____

Cuál es la razón de estar cambiando de Dentista? _____

Qué es lo que más le ha gustado o disgustado de su experiencia con otros Dentistas? _____

- | Si No | | Si 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 rechinan 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 mejillas 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 si, fecha de postura _____ | |
| Dolor (articulación, oído, 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 masticar | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | |

AUTORIZACION Y ENTREGA DE INFORMACION

Certifico que he leído y que comprendo la información anterior. Comprendo que suministrar información incorrecta puede ser peligroso para mi salud. Autorizo y solicito a mi compañía de seguros a pagar directamente al dentista o al grupo de dentistas los beneficios del seguro o de lo contrario pagaderos a mi persona. Comprendo que mi compañía de seguros dental puede pagar menos que el estimado por los servicios.. Acepto hacerme responsable de los pagos de todos los servicios prestados en mi nombre o a mi cargo.

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