



BIENVENIDO!

Los beneficios de una sonrisa feliz y saludable son inginitos. Nuestra meta es ayudarle a alcanzar y mantener una salud oral optima. Por favor, rellene este formulario completamente. Mientras mayor nos comuniquemos, podremos cuidar de usted.



Sobre usted

Fecha de hoy: _____

Correo electrónico: _____

Nombre: _____ Apellido _____ Nombre _____ Inicial _____ Sr. Sra. Srita. _____

Prefiero que me llamen por: _____ Hombre Mujer

Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____ Edad: _____

Seguro Social: _____

Dirección de casa: _____ # de Apt. / Condo _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
 Soltero Casado Divorciado Viudo Separado

Tel. Casa: (_____) Tel. Celular/Otro: _____

Tel. Trabajo: (_____) Ext. _____

Licencia de manejar: _____

Patrón: _____

Dirección de patrón: _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Cuánto tiempo lleva en ese trabajo? _____ Ocupación: _____

Cuándo y a qué hora es mayor llamarle? _____

A quién debemos agradecerle que lo refiriera? _____

Otros miembros de la familia atendidos por nosotros: _____

Dentista previo / actual: _____
(por favor haga un círculo alrededor del que convenga)

Persona responsable por la cuenta: _____

Información Del/A Esposo/A

Su nombre: _____

Patrón: _____

Tel. Trabajo: (_____) Ext: _____

de Seguro Social: _____

Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____

Licencia de manejar: _____

Amigo o pariente que no viva con ud.

Su nombre: _____ Relación: _____

Tel. Trabajo: _____ Tel. Casa: _____

Seguro Dental Primario

Plan dental Si No

Compañía de seguros: _____

Dirección: _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Teléfono: (_____) _____

de grupo (#de plan, local o Póliza): _____

Nombre del asegurado: _____ Relación: _____

Fecha de nac. del asegurado: _____

de Seguro Social: _____

Patrón del asegurado: _____

Dirección del patrón: _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Seguro Dental Secundaria

Plan dental Si No

Compañía de seguros: _____

Dirección: _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Teléfono: (_____) _____

de grupo (#de plan, local o Póliza): _____

Nombre del asegurado: _____ Relación: _____

Fecha de nac. del asegurado: _____

de Seguro Social: _____

Patrón del asegurado: _____

Dirección del patrón: _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

El pago debe hacerse en su totalidad al momento de recibir el tratamiento a menos que se hayan hecho arreglos previos y éstos hayan sido aprobados con anterioridad.

Si esta oficina acepta aseguranza, entiendo que soy responsable por el pago de los servicios recibidos así como por el pago de cualquier co-pago o deducible que mi aseguranza no cubra. Por este medio autorizo el pago directo a la Oficina Dental de los beneficios del grupo de aseguranza que de otro modo me serían pagados. Entiendo que soy responsable por todo el costo del tratamiento dental. Autorizo la entrega de cualquier información, incluyendo el diagnóstico y los expedientes de tratamiento o examen provistos, a mi compañía de seguros.

Firma _____ Fecha _____

Historial Médico

● Tiene Ud. Un medico personal? Si No

Nombre del Médico:

Tel.: (_____) Fecha de la ultimo visita:

Su estado actual de salud es: Bueno Regular Pobre

● Actualmente, Está Ud. Bajo atención medico? Si No
Por favor, explique:

● Fuma ud. O utilize alguna forma de tabaco? Si No

● Le han psto varillas de metal, tornillos o implantes? Si No

● Está tomando alguna medicina con o sin receta? Si No

● Hoga una lista de cada una:

● Ha tomado alguna vez Phen-Fen?

También conocida como Reduz o Pondimin. Si No

● Si la ha tomado, Cuándo?: _____

Para mujeres: Toma Ud. Pastillas anticonceptivas? Si No

● Está Ud. Embarazada Si No Semana#: _____

● Está lactando? Si No

Ha tenido Ud. Algunas de las siguientes enfermedades o problemas médicos?

Si	No
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Sangrado anomal / Hemocilia
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> SIDA
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Alcohol / abuso de drogas
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Anemia
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Artritis
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Huesos / coyunturas / válvulas artificiales
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Asma
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Transfusión de sangre
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Cáncer / Quimioterapia
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Colitis
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Defecto congénito del corazón
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Diabetes
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Dificultad respiratoria
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Enfisema
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Epilepsia
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Desmayos
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Dolores de cabeza frecuentes
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Glaucoma
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Fiebre del heno
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ataque cardíaco / cirugía
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Soplo del corazón
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Hepatitis
	<input type="checkbox"/> Herpes / Ampollas de fiebre
	<input type="checkbox"/> Alta presión
	<input type="checkbox"/> VIH
	<input type="checkbox"/> Hospitalización
	<input type="checkbox"/> Problemas de los riñones
	<input type="checkbox"/> Enfermedad del hígado
	<input type="checkbox"/> Baja presión
	<input type="checkbox"/> Lupus
	<input type="checkbox"/> Prolapso de la válvula mitral
	<input type="checkbox"/> Marcapasos
	<input type="checkbox"/> Problemas psiquiátricos
	<input type="checkbox"/> Tratamiento de radiación
	<input type="checkbox"/> Fiebre reumática / escarlatina
	<input type="checkbox"/> Convulsiones
	<input type="checkbox"/> Varicelas adultas
	<input type="checkbox"/> Anemia de Células falciformes
	<input type="checkbox"/> Problemas de sinusitis
	<input type="checkbox"/> Derrame cerebral
	<input type="checkbox"/> Problemas de la tiroide
	<input type="checkbox"/> Tuberculosis (TB)
	<input type="checkbox"/> Úlceras
	<input type="checkbox"/> Enfemedades venéreas

Hoga una lista de cualquier condición médica seria que tenga / haya tenido: _____

Es Ud. Alérgico a cualquiera de las siguientes cosas?

Si	No	Si	No
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Aspirina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Eritromicina
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Codeína	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Joyas / metales
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Anestésicos dentales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Látex

Haga una lista de cualquier otra medicina / material al que sea alérgico: _____

Historial Dental

● Por qué vino al dentista hoy? Si No

● Sufre de dolor en este momento? Si No

● Requiere Ud. De antibióticos antes del tratamiento dental? Si No

● Su estado actual de salud es: Bueno Regular Pobre
Por favor, explique: _____

● Ha tenido Ud. Problemas serios / complications Si No

● Aspiadas cpm trabajos dentales previos? Si No

● Utiliza hilo dental a diario? Si No

● Se cepilla los dientes a diario? Si No

● Tipo de cerdas en el diente: Duras Medianas Suaves

● Ha tenido tratamiento par alas encías? Si No

Le pican? Si No

● Sangran sus encías? Si No

Le pican? Si No

● Ha sufrido alguna vez de enfermedades periodonticas? Si No

● Ha sufrido Ud. Alguna vez de sensibilidad en las coyunturas de la mandíbula (TMJ / TMD)? Si No

● Son Mueven sus dientes? _____

● Tiene Ud. Todavia las muelas del juicio? Si No

● Le gustaría tener un aliento más fresco? Si No

● Le gustaría tener un aliento más blancos? Si No

● Está contento can su sonrisa? Si No

● Si no está contento, qué cambiaría? _____

Certifico que la información que he proporcionado es hasta donde yo sé correcta. También entiendo que esta oficina de cualquier cambio en mi estado medico. Autorizo al personal dental a llevar a cabo cualquier servicio dental que sea necesario durante el diagnóstico, con mi consentimiento.

Firma _____ Fecha _____

Para El Uso De La Oficina Solamente

● He revisado verbalmente la información médica / dental con el paciente aquí nombrado:

● Iniciales: _____ Fecha: _____

● Comentarios del doctor:

Nuestra oficina cumple con las normas HIPAA y esta comprometida con satisfacer o exceder las normas de control de infecciones emitidas por la OSHA, el CDC y la ADA.

Actualización del historial médico

Ha ocurrido algún cambio en su estado medico desde su última visita? Si No

Si respondió que sí, por favor explique: _____

Firma del padre o guardián _____ Fecha _____

Firma del dentista _____ Fecha _____