



# 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 _____<br>Apellido _____  | Nombre _____                                 | Inicial del segundo nombre _____   | SSN/HIC/ID Paciente _____ |
| Dirección _____   | Correo electrónico _____                     |  |                           |
| Ciudad _____  | Estado _____                                 | Código postal _____  |                           |
| Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F Edad _____ | Fecha de nacimiento _____                    | <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Menor |                           |
| Empleador/escuela del paciente _____                                  | Ocupación _____                              | <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> En pareja durante _____ años    |                           |
| Dirección del empleador/escuela _____                                 | Teléfono del empleador/escuela (_____) _____ |  |                           |
| ¿A quién podemos agradecer su referencia? _____                       | Teléfono (_____) _____                       |  |                           |
| ¿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? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> 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 _____  |                           |                                    |                     |

## Histórial 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? \_\_\_\_\_

## Histórial 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 escarlatina          |
| <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"/> Marcopasos                 | <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.