

Información del paciente

Fecha _____ Número de teléfono de casa _____ Número de teléfono celular _____

Nombre _____ Sexo ___M___F Edad _____ Cumpleaños _____
Apellido primer nombre inicial del segundo nombre

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Estado civil: Casado ___ Viudo ___ Soltero ___ Menor ___ Separado ___ Divorciado ___ Compañero por ___ años

Lugar de trabajo del paciente _____ Ocupación _____

Trabajo/Escuela _____

Dirección _____ Número de teléfono en el trabajo _____

Quién lo refirió a nuestra oficina? _____

Seguro Primario

Quién es responsable de esta cuenta? _____

Relación al paciente _____

Compañía de seguros _____ Número de grupo _____

El nombre del asegurado: _____

Fecha de nacimiento* _____ Seguro Social#* _____

***Si el paciente tiene seguro adicional por favor notifique a la secretaria**

Responsabilidad financiera

Certifico que yo, y/o mi dependiente (s), tenemos la cobertura de seguros con _____ (Nombre de compañía (s) de seguros) y que pague directamente al/la Dr. _____ las cantidades que serían pagados a mí por servicios recibidos. Entiendo que soy económicamente responsable de todos los gastos no pagados por el seguro. Autorizo el uso de mi firma en todas las submisiones de seguros.

El dentista mencionado puede usar mi información de asistencia médica y puede revelar tal información a la compañía(s) de seguros mencionada y sus agents, para determinar la cantidad (o por ciento) que el seguro pagará por los servicios administrados y para obtener el pago por dichos servicios. Este consentimiento se terminará cuando mi tratamiento haya terminado o un año de la fecha en que fue firmado.

Firma/Relación: _____ Fecha: _____

Historia Dental

Razón de su visita _____

Nombre de su dentista anterior _____ Ciudad _____

Fecha de su última visita _____ Fecha de sus últimos rayos _____

Por favor marque (x) para indicar si usted haya tenido cualquiera de los siguientes:

Mal aliento _____	Objetos extranjeros _____	Dolor alrededor de oído _____
Encías sangrantes _____	Rechinado de dientes _____	Tratamiento periodontal _____
Ampollas en los labios _____	Encías aumentadas o sensitivas _____	Sensibilidad al frío _____
Sensación de quemada en lengua _____	Dolor de mandíbula _____	Sensibilidad al calor _____
Mastiqua de un lado de la boca _____	Se muerde el labio o la mejilla _____	Sensibilidad a los dulces _____
Fuma _____	Dientes flojos o rellenos quebrados _____	Sensibilidad al morder _____
Boca seca _____	Respira por la boca _____	Llagas en la boca _____
Se come las uñas _____	Dolor de boca al cepillarse _____	
Colección de comida entre los dientes _____	Tratamiento ortodoncista _____	
Con qué frecuencia usa el hilo dental _____	Cuántas veces al día se cepilla sus dientes? _____	

Historia médica

Nombre de médico _____ Fecha de su última visita _____

¿Ha tomado cualquiera droga del grupo al que se refieren como pantano-phen? Estos incluyen combinaciones de Ionimin, Adipex, Fastin (nombres de marca de phentermine), Pondimin (fenfluramine) y Redux (dexfenfluramine). ___ Sí ___ No

Ponga una marca en "sí" o "no" para indicar si usted tiene o ha tenido cualquiera de los siguientes:

SIDA/HIV _____ Si ___ No	Epilepsia _____ Si ___ No	Enfermedad respiratoria _____ Si ___ No
Anemia _____ Si ___ No	Se desmaya o se mareo _____ Si ___ No	Fiebre reumática _____ Si ___ No
Artritis, reumatismo _____ Si ___ No	Glaucoma _____ Si ___ No	Escarlatina _____ Si ___ No
Válvulas cardíacas artificiales _____ Si ___ No	Dolores de cabeza _____ Si ___ No	Falta de aliento _____ Si ___ No
Coyunturas artificiales _____ Si ___ No	Soplo cardíaco _____ Si ___ No	Problema del seno _____ Si ___ No
Asma _____ Si ___ No	Problemas del corazón _____ Si ___ No	Erupciones en la piel _____ Si ___ No
Problemas de espalda _____ Si ___ No	Tipo de hepatitis _____ Si ___ No	Dieta especial _____ Si ___ No
Sangrar anormal con extracciones o la cirugía _____ Si ___ No	Herpes _____ Si ___ No	Derrame cerebral _____ Si ___ No
Enfermedad de sangre _____ Si ___ No	Hipertensión _____ Si ___ No	Pies/Tobillos hinchados _____ Si ___ No
Cáncer _____ Si ___ No	Ictericia _____ Si ___ No	Glándulas hinchadas _____ Si ___ No
Problemas de tiroides _____ Si ___ No	Dolor de mandíbula _____ Si ___ No	en el cuello _____ Si ___ No
Amigdalitis _____ Si ___ No	Dependencia Química _____ Si ___ No	Enfermedad renal _____ Si ___ No
Tuberculosis _____ Si ___ No	Quimioterapia _____ Si ___ No	Afección hepática _____ Si ___ No
Lesiones congénitas del corazón _____ Si ___ No	Problemas circulatorios _____ Si ___ No	Presión arterial baja _____ Si ___ No
Tratamientos de cortisona _____ Si ___ No	Prolapso de la válvula mitral _____ Si ___ No	Tumor en la cabeza _____ Si ___ No
Tos, persistente o con sangre _____ Si ___ No	Problemas nerviosos _____ Si ___ No	o el cuello _____ Si ___ No
Enfermedad venerea _____ Si ___ No	Marcapasos _____ Si ___ No	Úlcera _____ Si ___ No
Pérdida de peso inexplicado _____ Si ___ No	Diabetes _____ Si ___ No	Cuidado psiquiátrico _____ Si ___ No
	Enfisema _____ Si ___ No	Tratamiento de radiación _____ Si ___ No

Usas lentes de contacto? ___ Si ___ No

Sólo para las mujeres: ¿Usted está embarazado? ___ Si ___ No
Esta usted amamantando (dando pecho) ___ Si ___ No

Vencimiento ___ Si ___ No

¿Toma pastillas para control de la natalidad? ___ Si ___ No

Medicaciones

Escriba que medicinas toma actualmente y para tartar que enfermedad:

Nombre de Farmacia _____
Numero (_____) _____

Alergias

Por favor marque a cual de las siguientes medicinas es usted alérgico

Aspirina _____	Anestésico Local _____
Barbitúricos _____	Penicilina _____
Codeína _____	Sulfonamida _____
Yodo _____	Látex _____
Otro (por favor indique) _____	

Contacto de Emergencia (Especifique a alguien que no vive en su casa)

Nombre _____ Relación _____

Numero de casa(_____) _____ Numero de trabajo (_____) _____ Celular (_____) _____