



**!Gracias por seleccionar nuestro equipo de atencion dental!
Nos esforzaremos por prestarle la major atencion dental possible.
Para ayudarnos a satisfacer todas sus necesidades de atencion dental,
Llene completamente estge formulario con lapiz de tinta. Si tiene alguna
pregunta o necesita ayuda, consultenos, con gusto lo ayudaremos.**

Informacion del Paciente (CONFIDENCIAL)

No. de paciente _____
No. de Seguro Social _____
Fecha _____
____ Telefono particular _____
Direccion _____ Ciudad _____ Estado/Provincia _____Codigo Postal _____
Correo Electronico _____ Telefono Celular _____
Marque el cuadro correspondiente: Menor Soltero(a) Casado(a) Divorciado(a) Viudo(a) Separado(a)

Si es estudiante, nombre de la Universidad _____ Ciudad _____ Estado _____ **Tiempo**

completo Yes No

empleador del paciente o tutor _____ Telefono del Trabajo _____
Direccion commercial _____ Ciudad _____ Estado _____Codigo Postal _____
Conyuge o nombre del padre o tutor _____ Empleador _____ Telefono celular _____
¿Cómo escuchó o vino a saber de nosotros? _____
Persona de contacto en caso de urgencia _____ Telefono _____

Parte Responsable

_____ **Relacion con el**

paciente _____

Direccion _____ Telefono particular _____
Correo electronico _____ Telefono celular _____
No. de licencia de conducir _____ Fecha de nacimiento _____ Institucion financiera _____
Empleador _____ Telefono de trabajo _____ No. de seguro social _____
¿Esta persona es actualment paciente de nuestra oficina? Si No
Para su comodidad, le ofrecemos los siguientes metodos de pano. Requerimos pago total en cada cita. Marque la opcion que prefiera:
 Efectivo Cheque personal Tarjeta de Dito Deseo analizar las polizas de pago de su oficina

Informacion del Seguro

Nombre del asegurado _____ Relacion con el paciente _____
Fecha de nacimiento _____ No. de Seguro Social _____ Fecha de empleo _____
Nombre del empleador _____ No. de sindicato o gremio local _____ Telefono de Trabajo _____
Direccion del empleador _____ Ciudad _____ Estado _____ **Codigo Postal** _____
Compañia de seguros _____ No. de grupo _____ No. de identificacion _____
Direccion de la compañia de seguros _____ Ciudad _____ Estado _____ **Codigo Postal** _____
¿De cuanto es su deducible? _____ ¿Cuanto ha usado? _____ Beneficio maximo anual _____

¿TIENE ALGUN SEGURO ADICIONAL? Si No

SI LA RESPUESTA ES SI, LLENE LO SIGUIENTE:

Nombre del asegurado _____ Relacion con el paciente _____
Fecha de nacimiento _____ No. de Seguro Social _____ Fecha de empleo _____
Nombre del empleador _____ No. de sindicato o gremio local _____ Telefono de Trabajo _____

Direccion del empleador _____ Ciudad _____ Estado _____ Codigo _____

Postal _____

Compañia de seguros _____ No. de grupo _____ No. de identificacion _____

Direccion de la compania de seguros _____ Ciudad _____ Estado _____ Codigo _____

Postal _____

¿De cuanto es su deducible? _____ ¿Cuanto ha usado? _____ Beneficio maximo anual _____

Antecedentes Medicos del Paciente

Medico _____ No. de telefono de la consultorio _____ 

Si **Continua en la parte de atras...**

Si No

1. ¿Se encuentra ahora bajo tratamiento?.....

2. ¿Ha estado alguna vez hospitalizado por alguna intervencion quirurgica o enfermedad grave durante los ultimos 5 años?.....

Si la respuesta es si, explique _____

3. ¿Toma algun medicamento incluidos los medicamentos sin receta medica?.....

Si la respuesta es si, ¿Que medicamento esta tomando? _____

4. ¿Ha tomado alguna vez Fen-Phen/Redux?.....

5. ¿Ha tomado alguna vez Fosamax, Boniva, Actonel o algun medicamento para el cancer que contenga bisfosfonatos?.....

6. ¿Ha tomado Viagra, Revatio, Cialis or Levitra en las ultimas 24 Horas?.....

7. ¿Consume Tabaco?.....

8. ¿Usa sustancias controladas?.....

9. ¿Esta usando lentes de contacto?.....

10. ¿Tiene o ha tenido alguno de los siguientes?

11. ¿Es alergico o ha sufrido alguna reaccion alergica a los siguientes elementos?

Anestesia Local.....

Penicilina o cualquier otro antibiotico.....

Medicamentos con sulfá.....

.....

Si No

Presion Arterial Alta.....

Ataque Cardiaco.....

Fiebre Reumatica.....

Hinchazon de Tobillos.....

Desmayo/Ataques.....

Asma.....

Presion Arterial Baja.....

Epilepsia/Convulsiones.....

Leucemia.....

Diabetes.....

Enfermedad Renal.....

SIDA o Infeccion de VIH.....

Problema de Tiroides.....

Si No

Angina.....

Cansancio Frecuente.....

Anemia.....

Enfisema.....

Cancer.....

Antecedentes Dentales Del Paciente

Marcapasos.....

Cardiaco.....

Soplo.....

Cardiaco.....

Si No

Artritis.....

Implante o Reemplazo de Articulaciones.....

Hepatitis/.....

Ictericia.....

Enfermedades de Transmision Sexual.....

Problemas Estomacales/Ulceras.....

Dolor en el pecho.....

Quedar Facilmente sin Aliento...

Derrame Cerebral.....

Fiebre del Heno/Alergias.....

Tuberculosis.....

Radioterapia.....

Glaucoma.....

Perdida de Peso Reciente.....

Enfermedad Hepatica.....

Problemas del Corazon.....

Problemas Respiratorios.....

Prolapso de la Valvula Mitrial.....

Otro _____

Nombre y Ubicacion del Dentista Anterior _____

Si No

- 1. ¿Sangran sus encias mientras se cepilla o usa el hilo dental?.....
- 2. ¿Sus dientes son sencibles a los alimentos o liquidos calientes o frios?...
- 3. ¿Sus dientes son sencibles a los alimentos o liquidos dulces o amargos?
- 4. ¿Siente dolor en alguno de sus dientes?.....
- 5. ¿Tiene alguna llaga o bulto en la boca o alrededor de ella?.....
- 6. ¿Ha tenido lesions en la cabeza, cuello o mandibula?.....
- 7. ¿Ha experimentado alguno de los siguientes problemas en su mandibula?.....
- Chasquido
-
- Dolor.....
-
- Dificultad para abrirla o cerrarla.....
- Dificultad para mascar.....

Si No

- 8. ¿Tiene Dolores de cabeza frecuentes?.....
- 9. ¿Tiene problemas con sus dientes?.....
- 10. ¿Se muerde los labios o mejilla con frecuencia?...
- 11. ¿Ha tenido extracciones dificiles en el pasado?...
- 12. ¿Ha tenido alguna vez alguna hemorragia prolongada despues de una extraccion?.....
- 13. ¿Ha tenido algun tratamiento de ortodoncia?.....
- 14. ¿Usa protesis totals o parciales?.....
- 15. ¿Ha recibido alguna vez instrucciones de hygiene bucal concierne al cuidado de sus dientes y encias?
- 16. ¿Le gusta su sonrisa?.....

Autorizacion y Entrega de Informacion

Certifico que he leido y que comprendo la informacion anterior, a mi entender. Las preguntas anteriores se han contestado en forma precisa. Comprendo que proporcionar informacion incorrect puede ser peligroso para mi salud. Tambien authorizo al dentista entregar cualquier informacion incluyendo el diagnostico y registros de cualquier tratamiento o exámenes prestados a mi o a mi hijo durante el periodo de dicha atencion dental a terceros pagadores y/o a otros profesionales de la salud. Autorizo y solicito a mi compania de seguros a pagar directamente al dentista o al grupo de dentistas los beneficios del seguro o de lo contrario pagaderos a mi persona. Compredo que mi compania de seguros dental puede pagar menos que la boleta real por los servicios. Acepto hacerme responsable de los pagos de todos los servicios prestados en mi nombre o mis dependes.

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