

BIENVENIDO

1 uno

DATOS PERSONALES

Fecha: ____ / ____ / ____ Número de archivo: _____

Nombre: _____
APELLIDO NOMBRE

Apodo: _____ Masculino Femenino

Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____ Edad: _____

de Seguro Social (#SS): _____

Dirección: _____

CIUDAD ESTADO CODIGO POSTAL

Teléfono Casa: (____) _____

Teléfono Trabajo: (____) _____ Ext: _____

Teléfono Celular: (____) _____

Dirección electrónica: _____

¿Quién le recomendó esta oficina? _____

Empleador: _____ ¿Desde Cuándo? _____

Dirección del trabajo: _____

CIUDAD ESTADO CODIGO POSTAL

Cargo: _____

Estado Civil: Menor Soltero(a) Casado(a) Divorciado(a)
 Separado(a) Viudo(a)

Nombre de su cónyuge: _____

¿Tiene hijos? Sí No ¿Cuántos? _____

2 dos

INFORMACION DE SU SEGURO

Seguro Dental Primario

Nombre de la Compañía: _____

Dirección: _____

CIUDAD ESTADO CODIGO POSTAL

Teléfono:(____) _____

IDN del asegurado(a): _____

del grupo (Plan, Local o Póliza): _____

Nombre del asegurado(a): _____

Parentesco: _____

Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____

Empleador del asegurado(a): _____

Seguro Dental Secundario

Nombre de la Compañía: _____

Dirección: _____

CIUDAD ESTADO CODIGO POSTAL

Teléfono:(____) _____

IDN del asegurado(a): _____

del grupo (Plan, Local o Póliza): _____

Nombre del asegurado(a): _____

Parentesco: _____

Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____

Empleador del asegurado(a): _____

3 tres

INFORMACION DE LA CUENTA

Persona Responsable por la Cuenta

Nombre: _____

Parentesco: _____

Dirección: _____

CIUDAD ESTADO CODIGO POSTAL

de Seguro Social: _____

Licencia de Conducir: _____

Teléfono del Trabajo:(____) _____

Forma de Pago: Efectivo Cheque Tarjeta de Crédito

Número de Tarjeta (En caso de ser aceptada) _____ / _____
Fecha de Vencimiento

Autorizo a que se asignen los derechos y beneficios de mi seguro directamente al proveedor de los servicios prestados. Entiendo perfectamente que soy responsable por la cantidad no cubierta por mi seguro. (si este servicio es ofrecido en esta oficina)

4 cuatro

EN CASO DE EMERGENCIA

Llamar a: _____

Parentesco: _____

Teléfono Casa:(____) _____

Teléfono Trabajo:(____) _____

Teléfono Celular:(____) _____

Nombre de su Doctor: _____

Teléfono de su Doctor:(____) _____

CONTINUA AL DORSO

5
cinco

INFORMACION ODONTOLÓGICA

¿Cuál es la razón de su visita? Examen Emergencia Consulta
 ¿Tiene dolor? No Sí ¿Desde cuando? _____
 Por favor indique si presenta alguno de los siguientes problemas:
 Molestia, chasquido o dislocación de la quijada. Calza partida o perdida. Dientes manchados.
 Encías enrojecidas, inflamadas o sangrantes. Crujido de los dientes. Mandíbula trabada.
 Sensibilidad dental o encías. Silvido en los oídos. Mal aliento.
 Ampollas o llagas dentro o alrededor de la boca. Diente partido o astillado.
 Otros problemas: _____
 ¿Requiere medicación previa? Sí No No sé.
 Odontologo anterior: _____ Teléfono: (____) _____
 NOMBRE
 Ultimo examen Dental: ____ / ____ / ____ Ultima radiografía Odontológica: ____ / ____ / ____
 ¿Cuántas veces se cepilla los dientes? _____ ¿Cuántas veces utiliza hilo dental? _____
 DIARIO SEMANAL
 ¿Qué tipo de cepillo dental usa? Suave Mediano Duro
 ¿Cómo calificaría su sonrisa 1 -10? (deficiente) 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (excelente)

6
seis

HISTORIA MEDICA

¿Esta Ud. tomando alguno de los siguientes medicamentos? Para el Sistema Nervioso Calmantes para el Dolor (incluyendo aspirina)
 Relajantes musculares Estimulantes Adelgazantes de la sangre Tranquilizantes Insulina Para Osteoporosis
 Otros: _____

Alguna vez ha tomado: Sodio Alendronate (ej. Fosamax) Sí No Phen-fen/Redux Sí No

¿Presenta Ud. o ha presentado alguna de las siguientes enfermedades, condiciones o procedimientos médicos?

- | | | | |
|---|---|---|---|
| S N Ataque Cardíaco / Derrame | S N Problemas de la Tiroides | S N Cáncer / Tumores | S N Cirugía Cosmética |
| S N Cirugía del Corazón / Marcapasos | S N Problemas de los Riñones | S N Herpes (Shingles) | S N Tratamiento de Rayos X o Cobalto |
| S N Soplo Cardíaco | S N Problemas del Hígado | S N Hepatitis | S N Quimioterapia |
| S N Fiebre Reumática | S N Problemas Respiratorios | S N VIH+ / SIDA / ARC | S N Asma |
| S N Prolapso de la Válvula Mitral | S N Problemas de Sinusitis | S N Artritis / Reumatismo | S N Dificultad Respiratoria |
| S N Válvulas Artificiales | S N Problemas Estomacales / Ulceras | S N Huesos / Coyunturas Artificiales | S N Diabetes / Hipoglicemia |
| S N Enfermedad Cardíaca | S N Problemas Psiquiátricos | S N Enfisema | S N Leucemia |
| S N Defecto Cardíaco Congénito | S N Enfermedad Venérea | S N Desmayos / Convulsiones / Epilepsia | S N Anemia |
| S N Dolores en el Pecho | S N Abuso de Alcohol / Drogas | S N Dolores de Cabeza frecuentes / Severos | S N Presión Arterial Alta / Baja |
| S N Fiebre Escarlata | S N Tuberculosis TB | S N Dolor Frecuente en el Cuello | S N Trastornos Hemorrágicos |
| S N Nerviosismo | S N Disfunción / Síndrome de la articulación Temporomandibular | S N Problemas de la Espalda | S N Glaucoma |

Por favor mencione cualquier otra cirugía o condición médica que Ud. tenga o haya tenido: _____

¿Es Ud. alérgico a alguno de los siguientes medicamentos? Latex Penicilina/Amoxicilina Tetraciclina Aspirina
 Anestésicos dentales Otros: _____

¿Consumo Ud. tabaco? No Sí/¿Cómo lo consume? _____ ¿Cuanto? _____ ¿Desde Cuándo? _____

Por favor evalúe su salud general, en escala de 1-10: _____ ¿Utiliza Ud. lentes de contacto? Sí No

Para Mujeres: ¿Esta Ud. tomando Anticonceptivos? Sí No ¿Cuántos hijos ha tenido? _____

¿Esta Ud. embarazada? No Sí/¿Desde Cuándo? _____ ¿Esta Ud. amamantando? Sí No

- Le invitamos a aclarar cualquier inquietud relacionada con nuestro servicio. El mejor servicio se basa en un entendimiento mutuo y sincero entre el paciente y el proveedor.
- Nuestra oficina requiere que los servicios prestados sean pagados en su totalidad al término de la visita, a menos que se haya hecho otro acuerdo con la gerencia administrativa. Si su cuenta no ha sido pagada dentro de 90 días a partir de la fecha de su servicio, y ningún arreglo financiero se ha establecido, Ud. será responsable por gastos legales, gastos por agencia de cobro, cargos de interés y demás gastos que se ocasionen.
- Autorizo al personal a realizar cualquier servicio necesario durante el diagnóstico y tratamiento, con el fin de procesar el seguro. Además autorizo al proveedor a suplir cualquier información requerida.
- Tengo pleno conocimiento de la información anterior, y garantizo, a mi entender, que es correcta y completa. Entiendo que es mi responsabilidad informar a ésta oficina sobre cualquier cambio en la información proporcionada.

Firma _____ Fecha ____ / ____ / ____
 Paciente Adulto Pariente o Guardian Cónyuge

UPDATE
(OFFICE USE)

Initials	/	/	/
	Date		
Comments			
Initials	/	/	/
	Date		
Comments			
Initials	/	/	/
	Date		
Comments			