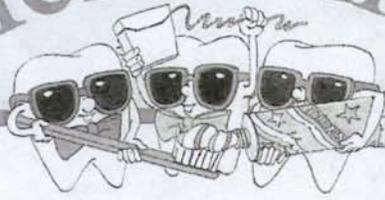


# Bienvenido



## Información del paciente

Gracias por haber elegido nuestro consultorio para sus necesidades dentales. Por favor, llene este formulario en tinta. Si tiene alguna pregunta o preocupación, no dude pedir ayuda. Tendremos mucho gusto en ayudarlo.

(Por favor, escriba en letra de molde)

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ Núm. de identif. del paciente/SS/HIC \_\_\_\_\_

Nombre Inicial del segundo nombre Apellido

Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Sexo:  Femenino  Masculino Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

Teléfono de la casa (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Celular (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Prefiere que lo llamen al número de:  La casa  El trabajo  Celular  No tengo preferencia

Casado(a)  Viudo(a)  Soltero(a)  Menor de Edad  Separado(a)  Divorciado(a)  Ha vivido con su pareja por \_\_\_\_\_ años

Empleador o escuela del paciente \_\_\_\_\_ Ocupación \_\_\_\_\_

Dirección del empleador o escuela \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Nombre de su cónyuge o su padre/madre \_\_\_\_\_ Empleador \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

¿Quién lo refirió a nosotros? \_\_\_\_\_

Persona con quien comunicarse en caso de emergencia \_\_\_\_\_ Teléfono (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

## Parte responsable

Nombre de la persona responsable de esta cuenta \_\_\_\_\_

Relación con el paciente \_\_\_\_\_ Teléfono (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Nombre del empleador \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

## Información del seguro

Nombre del asegurado \_\_\_\_\_ Relación con el paciente \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Núm. de Seguro Social \_\_\_\_\_ Fecha de contratación \_\_\_\_\_

Nombre del empleador \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Compañía de seguros \_\_\_\_\_ Núm. de grupo \_\_\_\_\_ Núm. del empleador \_\_\_\_\_

Dirección de la Cía. de seguros \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

¿Cuánto es su deducible? \_\_\_\_\_ ¿Cuánto ha utilizado? \_\_\_\_\_ ¿Cuál es el beneficio anual máximo? \_\_\_\_\_

¿TIENE SEGURO ADICIONAL?  No  Sí DE TENER, FAVOR DE LLENAR LO SIGUIENTE:

Nombre del asegurado \_\_\_\_\_ Relación con el paciente \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Núm. de Seguro Social \_\_\_\_\_ Fecha de contratación \_\_\_\_\_

Nombre del empleador \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Compañía de seguros \_\_\_\_\_ Núm. de grupo \_\_\_\_\_ Núm. del empleador \_\_\_\_\_

Dirección de la Cía. de seguros \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

¿Cuánto es su deducible? \_\_\_\_\_ ¿Cuánto ha utilizado? \_\_\_\_\_ ¿Cuál es el beneficio anual máximo? \_\_\_\_\_

CONFIDENCIAL

## Historial dental

Nombre \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Fecha del último examen dental \_\_\_\_\_

Dentista anterior \_\_\_\_\_ Fecha de las últimas radiografías dentales \_\_\_\_\_

Motivo de la visita de hoy \_\_\_\_\_

¿Qué tan frecuente se lava los dientes? \_\_\_\_\_ ¿Qué tan frecuente se limpia los dientes con hilo dental? \_\_\_\_\_

Por favor, marque cualesquiera de las siguientes condiciones que se apliquen a usted:

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Mal aliento                             | <input type="checkbox"/> Aprieta los dientes             | <input type="checkbox"/> Sensible al calor          |
| <input type="checkbox"/> Encías que sangran                      | <input type="checkbox"/> Dientes flojos o empastes rotos | <input type="checkbox"/> Sensible al dulce          |
| <input type="checkbox"/> Chasquido en la quijada                 | <input type="checkbox"/> Tratamiento periodontal         | <input type="checkbox"/> Sensible al morder         |
| <input type="checkbox"/> Acumulación de comida entre los dientes | <input type="checkbox"/> Sensible al frío                | <input type="checkbox"/> Llagas o bultos en la boca |

## Historial médico

Médico \_\_\_\_\_ Fecha de la consulta más reciente \_\_\_\_\_

Indique todos los medicamentos que toma actualmente: \_\_\_\_\_

Alergias: \_\_\_\_\_

(Mujeres) ¿Está embarazada?  Sí  No ¿Amamanta?  Sí  No ¿Toma píldoras anticonceptivas?  Sí  No

Marque con una (✓) si ha tenido alguno de los siguientes:

- |   |  |  |   |
|---|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> SIDA                               | <input type="checkbox"/> Lesiones cardíacas congénitas | <input type="checkbox"/> Hepatitis                     | <input type="checkbox"/> Fiebre reumática                     |
| <input type="checkbox"/> Anemia                             | <input type="checkbox"/> Tratamientos con cortisona    | <input type="checkbox"/> Reparación de hernia          | <input type="checkbox"/> Fiebre escarlata                     |
| <input type="checkbox"/> Artritis, reumatismo               | <input type="checkbox"/> Tos persistente               | <input type="checkbox"/> Alta presión sanguínea        | <input type="checkbox"/> Falta de respiración                 |
| <input type="checkbox"/> Válvulas cardíacas artificiales    | <input type="checkbox"/> Tos con sangre                | <input type="checkbox"/> VIH Positive                  | <input type="checkbox"/> Erupción de la piel                  |
| <input type="checkbox"/> Articulaciones artificiales        | <input type="checkbox"/> Diabetes                      | <input type="checkbox"/> Dolor en la quijada           | <input type="checkbox"/> Embolia cerebral                     |
| <input type="checkbox"/> Asma                               | <input type="checkbox"/> Epilepsia                     | <input type="checkbox"/> Enfermedad de los riñones     | <input type="checkbox"/> Hinchazón de los pies o los tobillos |
| <input type="checkbox"/> Problemas de la espalda            | <input type="checkbox"/> Desmayos                      | <input type="checkbox"/> Enfermedad del hígado         | <input type="checkbox"/> Problemas de la tiroides             |
| <input type="checkbox"/> Sangrado anormal                   | <input type="checkbox"/> Glaucoma                      | <input type="checkbox"/> Prolapso de la válvula mitral | <input type="checkbox"/> Hábito de tabaco                     |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad de la sangre            | <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza             | <input type="checkbox"/> Problemas de los nervios      | <input type="checkbox"/> Amigdalitis                          |
| <input type="checkbox"/> Cáncer                             | <input type="checkbox"/> Soplo en el corazón           | <input type="checkbox"/> Marcapasos                    | <input type="checkbox"/> Tuberculosis                         |
| <input type="checkbox"/> Dependencia de sustancias químicas | <input type="checkbox"/> Problemas del corazón         | <input type="checkbox"/> Atención psiquiátrica         | <input type="checkbox"/> Úlceras                              |
| <input type="checkbox"/> Quimioterapia                      | Descríbalos _____                                      | <input type="checkbox"/> Tratamiento con radiación     | <input type="checkbox"/> Enfermedad venérea                   |
| <input type="checkbox"/> Problemas de la circulación        | <input type="checkbox"/> Hemofilia                     | <input type="checkbox"/> Enfermedad respiratoria       |   |

¿Ha tomado alguna vez alguno de estos medicamentos?

- |                            |  |                                    |                                   |                                |
|----------------------------|--|------------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------|
| Medicamentos dietéticos:   | <input type="checkbox"/> Dexfenfluramine | <input type="checkbox"/> Fen-phen  | <input type="checkbox"/> Pondimin | <input type="checkbox"/> Redux |
| Adelgazantes de la sangre: | <input type="checkbox"/> Coumadin        | <input type="checkbox"/> Warfarin  |                                   |                                |
| Otro:                      | <input type="checkbox"/> Levoxyl         | <input type="checkbox"/> Synthroid |                                   |                                |

## Certificación y Traspaso

La información proporcionada es completa y correcta a mi leal saber y entender. Entiendo que es mi responsabilidad informar al médico si hay algún cambio en mi salud o en la salud de mi hijo(a) menor de edad.

Certifico que yo y/o mi(s) dependiente(s), tenemos/tiene(n) cobertura de seguro con \_\_\_\_\_

Nombre de la(s) Compañía(s) de Seguros

y traspaso directamente al Dr. \_\_\_\_\_ todos los beneficios del seguro, si los hubiere, que de otra manera serían pagaderos a mí por servicios prestados. Entiendo que soy financieramente responsable por todos los cargos incurridos, sean o no pagados por el seguro. Autorizo el uso de mi firma en todas las reclamaciones que se presenten ante el seguro.

El doctor nombrado anteriormente puede usar la información del cuidado de la salud acerca de mí y puede divulgar dicha información a la(s) Compañía(s) de Seguro nombrada(s) anteriormente y a sus agentes con el fin de obtener pago por los servicios y determinar los beneficios del seguro o los beneficios pagaderos por los servicios relacionados. Esta autorización terminará cuando el plan de tratamiento actual se complete o un año después de la fecha indicada a continuación.

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente, Padre/Madre, Tutor o Representante Personal

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Escriba en letra de molde el nombre del Paciente, Padre/Madre, Tutor o Representante Personal

\_\_\_\_\_  
Relación con el Paciente

