

BIENVENIDO

Los beneficios de una sonrisa feliz y saludable son infinitos. Nuestra meta es ayudarle a alcanzar y mantener una salud oral óptima. Por favor, rellene este formulario completamente. Mientras mejor nos comuniquemos, mejor podremos cuidar de Usted.

1 SOBRE USTED

Fecha de hoy: _____

Correo electrónico: _____

Nombre: _____
Apellido Nombre Inicial Sr. Sra. Srta.

Prefiero que me llamen por: _____ Hombre Mujer

Fecha de nacimiento: ____/____/____ Edad: ____

Seguro Social: _____

Dirección de casa: _____
de Apt./Condo

Ciudad Estado Código postal

Soltero Casado Divorciado Viudo Separado

Tel. Casa: (____) _____ Tel. Celular/Otro: _____

Tel. Trabajo: (____) _____ Ext: _____

Licencia de manejar: _____

Patrón: _____

Dirección del patrón: _____

Ciudad Estado Código postal

¿Cuánto tiempo lleva en ese trabajo? _____ Ocupación: _____

¿Cuándo y a qué hora es mejor llamarle? _____

¿A quién debemos agradecerle que lo refiriera? _____

Otros miembros de la familia atendidos por nosotros: _____

Dentista previo / actual: _____
(por favor haga un círculo alrededor del que convenga)

Persona responsable por la cuenta: _____

2 INFORMACIÓN DEL/A ESPOSO/A

Su nombre: _____

Patrón: _____

Tel. Trabajo: (____) _____ Ext: _____

de Seguro Social: _____

Fecha de nacimiento: ____/____/____

Licencia de manejar: _____

Amigo o pariente que no viva con Ud.

Su nombre: _____ Relación: _____

Tel. Trabajo: (____) _____ Tel. Casa: (____) _____

3 SEGURO DENTAL PRIMARIO

¿Plan dental? Sí No

Compañía de seguros: _____

Dirección: _____

Ciudad Estado Código postal

Teléfono: (____) _____

de grupo (# de plan, local o póliza): _____

Nombre del asegurado: _____ Relación: _____

Fecha de nac. del asegurado: ____/____/____

de Seguro Social: _____

Patrón del asegurado: _____

Dirección del patrón: _____

Ciudad Estado Código postal

Seguro Dental Secundaria

¿Plan dental? Sí No

Compañía de seguros: _____

Dirección: _____

Ciudad Estado Código postal

Teléfono: (____) _____

de grupo (# de plan, local o póliza): _____

Nombre del asegurado: _____ Relación: _____

Fecha de nac. del asegurado: ____/____/____

de Seguro Social: _____

Patrón del asegurado: _____

Dirección del patrón: _____

Ciudad Estado Código postal

El pago debe hacerse en su totalidad al momento de recibir el tratamiento a menos que se hayan hecho arreglos previos y éstos hayan sido aprobados con anterioridad.

Si esta oficina acepta aseguranza, entiendo que soy responsable por el pago de los servicios recibidos así como por el pago de cualquier co-pago o deducible que mi aseguranza no cubra. Por este medio autorizo el pago directo a la Oficina Dental de los beneficios del grupo de aseguranza que de otro modo me serían pagados. Entiendo que soy responsable por todo el costo del tratamiento dental. Autorizo la entrega de cualquier información, incluyendo el diagnóstico y los expedientes de tratamiento o examen provistos, a mi compañía de seguros.

Firma

Fecha

CONTINÚA AL DORSO

4 HISTORIAL MÉDICO

¿Tiene Ud. un médico personal? Sí No
 Nombre del médico: _____
 Tel.: (____) _____ Fecha de la última visita: _____

Su estado actual de salud es: Bueno Regular Pobre

Actualmente, ¿Está Ud. bajo atención médica? Sí No
 Por favor, explique: _____

¿Fuma Ud. o utiliza alguna forma de tabaco? Sí No

¿Le han puesto varillas de metal, tornillos o implantes? Sí No

¿Está tomando alguna medicina con o sin receta? Sí No

Haga una lista de cada una: _____

¿Ha tomado alguna vez Phen-Fen?
 También conocida como Redux o Pondimin. Sí No

Si la ha tomado, ¿cuándo? _____

Para mujeres: ¿Toma Ud. pastillas anticonceptivas? Sí No

¿Está Ud. embarazada? Sí No **Semana #:** _____

¿Está lactando? Sí No

¿Ha tenido Ud. algunas de las siguientes enfermedades o problemas médicos?

<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Sangrado anormal / Hemofilia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Herpes / Ampollas de fiebre
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No SIDA	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Alta presión
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Alcohol / abuso de drogas	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No VIH
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Anemia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Hospitalización
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Artritis	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Problemas de los riñones
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Huesos / coyunturas / válvulas artificiales	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Enfermedad del hígado
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Asma	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Baja presión
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Transfusión de sangre	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Lupus
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Cáncer / Quimioterapia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Prolapso de la válvula mitral
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Colitis	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Marcapasos
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Defecto congénito del corazón	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Problemas psiquiátricos
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Diabetes	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Tratamiento de radiación
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Dificultad respiratoria	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Fiebre reumática / escarlatina
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Enfisema	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Convulsiones
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Epilepsia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Varicelas adultas
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Desmayos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Anemia de células falciformes
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Dolores de cabeza frecuentes	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Problemas de sinusitis
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Glaucoma	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Derrame cerebral
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Fiebre del heno	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Problemas de la tiroide
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Ataque cardíaco / cirugía	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Tuberculosis (TB)
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Soplo del corazón	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Úlceras
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Hepatitis	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Enfermedades venéreas

Haga una lista de cualquier condición médica seria que tenga / haya tenido: _____

¿Es Ud. alérgico a cualquiera de las siguientes cosas?

<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Aspirina	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Eritromicina	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Penicilina
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Codeína	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Joyas / metales	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Tetraciclina
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Anestésicos dentales	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Látex	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Otro

Haga una lista de cualquier otra medicina / material al que sea alérgico: _____

5 HISTORIAL DENTAL

¿Por qué vino al dentista hoy? _____

¿Sufre de dolor en este momento? Sí No

¿Requiere Ud. de antibióticos antes del tratamiento dental? Sí No

Su estado actual de salud es: Bueno Regular Pobre

¿Ha tenido Ud. problemas serios / complicaciones asociadas con trabajos dentales previos? Sí No

¿Utiliza hilo dental a diario? Sí No

¿Se cepilla los dientes a diario? Sí No

Tipo de cerdas en el diente: Duras Medianas Suaves

¿Ha tenido tratamiento para las encías? Sí No

¿Sangran sus encías? Sí No ¿Le pican? Sí No

¿Ha sufrido alguna vez de enfermedades periodónticas? Sí No

¿Ha sufrido Ud. alguna vez de sensibilidad en las coyunturas de la mandíbula (TMJ / TMD)? Sí No

¿Son sus dientes sensibles al calor, frío u otra cosa? _____

¿Se mueven sus dientes? Sí No

¿Tiene Ud. todavía las muelas del juicio? Sí No

¿Le gustaría tener un aliento más fresco? Sí No

¿Le gustaría tener los dientes más blancos? Sí No

¿Está contento con su sonrisa? Sí No

Si no está contento, ¿qué cambiaría? _____

Certifico que la información que he proporcionado es hasta donde yo sé correcta. También entiendo que esta información se mantendrá en la más estricta confidencialidad y que es mi responsabilidad informarle a esta oficina de cualquier cambio en mi estado médico. Autorizo al personal dental a llevar a cabo cualquier servicio dental que sea necesario durante el diagnóstico y tratamiento, con mi consentimiento.

Firma _____ Fecha _____

PARA EL USO DE LA OFICINA SOLAMENTE

He revisado verbalmente la información médica / dental con el paciente aquí nombrado:

Iniciales: _____ Fecha: _____

Comentarios del doctor: _____

Nuestra oficina cumple con las normas HIPAA y está comprometida con satisfacer o exceder las normas de control de infecciones emitidas por la OSHA, el CDC y la ADA.

Actualización del historial médico

¿Ha ocurrido algún cambio en su estado médico desde su última visita? Sí No
 Si respondió que sí, por favor explique: _____

Firma _____ Fecha _____

¿Ha ocurrido algún cambio en su estado médico desde su última visita? Sí No
 Si respondió que sí, por favor explique: _____

Firma del dentista _____ Fecha _____

Firma _____ Fecha _____

Firma del dentista _____ Fecha _____