

BIENVENIDOS!

Por favor, tómese unos minutos para contestar las siguientes preguntas, así podremos ayudarlo mejor con el cuidado dental.



DATOS PERSONALES DEL PACIENTE

Fecha _____ No. del Seguro Social _____ Fecha de Nacimiento _____
Nombre _____ Teléfono _____
Apellido Nombre Inicial
Dirección _____ Teléfono Celular _____
Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____ Dirección E-mail _____
Sexo: M F Menor Soltero/a Casado/a Parejas de largo plazo Divorciado/a Viudo/a Separado/a
Nombre de la Empresa/Patrón _____ Teléfono Comercial _____
Dirección Comercial _____ Ocupación _____
¿A quién debemos agradecer que nos hayan recomendado? _____
¿Persona a contactar en caso de emergencia? _____ Teléfono _____

SEGURO PRIMARIO

Persona Responsable de la Cuenta _____
Apellido Nombre Inicial
Parentesco con el Paciente _____ Fecha de Nacimiento _____ No. del Seguro Social _____
Dirección _____ Teléfono _____
Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____
Empresa donde Trabaja la persona responsable _____ Teléfono Comercial _____
Dirección Comercial _____ Ocupación _____
Nombre de la Compañía de Seguros _____
Dirección de la Compañía de Seguros _____
Número de abonado _____ Número Grupal _____

SEGURO ADICIONAL

Nombre de la Persona Asegurada _____
Apellido Nombre Inicial
Parentesco con el Paciente _____ Fecha de nacimiento _____ No. del Seguro Social _____
Dirección _____ Teléfono _____
Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____
Lugar de Trabajo de la Persona Asegurada _____ Teléfono Comercial _____
Nombre de la Compañía de Seguros _____
Dirección de la Compañía de Seguros _____
Número de abonado _____ Número Grupal _____

POR FAVOR, COMPLETAR EL REVÉS DE ESTA PÁGINA

HISTORIA DENTAL

Nombre del Dentista Anterior _____

Fecha de las ultimas radiografías: _____

Ciudad, Estado _____

¿Con qué frecuencia usa el hilo dental? _____

Fecha de su última visita al odontólogo _____

¿Con qué frecuencia se cepilla los dientes? _____

Por Favor, marque lo que corresponda:

- | | | | | | |
|-----------------------------------|--------------------------|-------------------------------------|--------------------------|--|--------------------------|
| Mal Aliento | <input type="checkbox"/> | Diente Flojo o Rotura de Pasta..... | <input type="checkbox"/> | Sensibilidad a los Dulces..... | <input type="checkbox"/> |
| Encías que Sangran | <input type="checkbox"/> | Tratamiento de Ortodoncia..... | <input type="checkbox"/> | Sensibilidad al Morder..... | <input type="checkbox"/> |
| Ampollas en Labios o Boca..... | <input type="checkbox"/> | Dolor Alrededor del Oído..... | <input type="checkbox"/> | Dolores de Cabeza frecuentes..... | <input type="checkbox"/> |
| Se Muerde las Uñas..... | <input type="checkbox"/> | Tratamiento Periodontal..... | <input type="checkbox"/> | Lesiones de Mandíbula, cabeza o cuello | <input type="checkbox"/> |
| Castañeteo de Dientes..... | <input type="checkbox"/> | Sensibilidad al Frío..... | <input type="checkbox"/> | Problemas de Mandíbula, castañeteo y/o dolor | <input type="checkbox"/> |
| Se Muerde el labio o Mejilla..... | <input type="checkbox"/> | Sensibilidad al Calor..... | <input type="checkbox"/> | Dolor de Muelas..... | <input type="checkbox"/> |

HISTORIA CLINICA

Nombre del Médico _____ Fecha de la Ultima Consulta: _____

- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| | SI | NO |
| 1. ¿Está usted bajo tratamiento médico actualmente?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. ¿Ha sufrido alguna enfermedad seria u operaciones?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. ¿Esta Ud. Tomando algún medicamento actualmente?.... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Por favor, descríbalos: _____

- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 4. ¿Usted fuma? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. ¿Consumo bebidas alcohólicas, cocaína u otras drogas?.. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. ¿Usa Lentes de Contacto? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Por Favor, Marque lo que corresponda:

- | | | | | | |
|---|--------------------------|---------------------------------|--------------------------|---|--------------------------|
| SIDA..... | <input type="checkbox"/> | Enfisema..... | <input type="checkbox"/> | Marcapasos..... | <input type="checkbox"/> |
| Anemia..... | <input type="checkbox"/> | Epilepsia..... | <input type="checkbox"/> | Atención Psiquiátrica..... | <input type="checkbox"/> |
| Artritis, Reumatismo..... | <input type="checkbox"/> | Desmayos o Mareos..... | <input type="checkbox"/> | Tratamiento Radiológico..... | <input type="checkbox"/> |
| Válvulas Cardíacas Artificiales..... | <input type="checkbox"/> | Glaucoma..... | <input type="checkbox"/> | Enfermedades Respiratorias..... | <input type="checkbox"/> |
| Articulaciones Artificiales..... | <input type="checkbox"/> | Dolores de Cabeza..... | <input type="checkbox"/> | Fiebre Reumática..... | <input type="checkbox"/> |
| Asma..... | <input type="checkbox"/> | Soplo Cardíaco..... | <input type="checkbox"/> | Fiebre Escarlatina..... | <input type="checkbox"/> |
| Problemas en la Espalda..... | <input type="checkbox"/> | Problemas Cardíacos..... | <input type="checkbox"/> | Falto de Aliento..... | <input type="checkbox"/> |
| Hemorragias Anormales,
debido a extracciones o cirugías..... | <input type="checkbox"/> | Hepatitis- Tipo _____ | <input type="checkbox"/> | Sinusitis..... | <input type="checkbox"/> |
| Enfermedades Sanguíneas..... | <input type="checkbox"/> | Herpes..... | <input type="checkbox"/> | Erupción en la Piel..... | <input type="checkbox"/> |
| Cáncer..... | <input type="checkbox"/> | Presión Arterial Alta..... | <input type="checkbox"/> | Embolia..... | <input type="checkbox"/> |
| Dependencia a Sustancias Químicas... | <input type="checkbox"/> | VIH Positivo..... | <input type="checkbox"/> | Hinchazón de Pies / tobillos..... | <input type="checkbox"/> |
| Quimioterapia..... | <input type="checkbox"/> | Ictericia..... | <input type="checkbox"/> | Hinchazón de Glándulas del Cuello..... | <input type="checkbox"/> |
| Síndrome de Fatiga Crónica..... | <input type="checkbox"/> | Dolor de Mandíbula..... | <input type="checkbox"/> | Problemas de Tiroides..... | <input type="checkbox"/> |
| Problemas Circulatorios..... | <input type="checkbox"/> | Enfermedad de los Riñones..... | <input type="checkbox"/> | Amigdalitis..... | <input type="checkbox"/> |
| Lesiones Cardíaco Congénitas..... | <input type="checkbox"/> | Sensibilidad al Látex..... | <input type="checkbox"/> | Tuberculosis..... | <input type="checkbox"/> |
| Tratamientos con Cortisona..... | <input type="checkbox"/> | Enfermedad del Hígado..... | <input type="checkbox"/> | Tumor o Crecimiento en Cabezal cuello.. | <input type="checkbox"/> |
| Tos-persistente o con sangre..... | <input type="checkbox"/> | Presión Arterial Baja..... | <input type="checkbox"/> | Ulcera..... | <input type="checkbox"/> |
| Diabetes..... | <input type="checkbox"/> | Prolapso de Válvula Mitral..... | <input type="checkbox"/> | Enfermedades Venéreas..... | <input type="checkbox"/> |
| | | Problemas Nerviosos..... | <input type="checkbox"/> | | |

7. Ha tenido usted alguna reacción alérgica a lo siguiente:

- | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| | SI | NO |
| Anestesia Local (Ej. Novocaína)..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Penicilina u otros antibióticos..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Medicamentos con sulfonamidas..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Barbitúricos (pastillas para dormir)..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sedantes..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Yodo..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Aspirina..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Otros..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

8. (Para Mujeres Solamente) ¿Está Usted:

Embarazada?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Amamantando?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tomando Pastillas Anticonceptivas?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ASIGNACIÓN E INFORMACIÓN

Por la presente, yo autorizo el pago directo a _____ por todos los beneficios de la cobertura en lugar de recibir directamente a mí, el pago por los servicios ofrecidos. Yo entiendo que soy responsable económicamente por todos los honorarios, sean o no sean pagados por el seguro, y por todos los servicios dispensados tanto a mí como a las personas a mi cargo.

Yo autorizo al médico antes mencionado o a cualquier proveedor o suministrador de servicios de este consultorio para divulgar la información que sea necesaria para asegurarse el pago de dichos beneficios. Yo autorizo el uso de esta firma en todas las presentaciones al seguro.

Firma de la Parte Responsable _____ Fecha _____