Bienvenido

¡Gracias por seleccionar nuestro equipo de atención dental! Nos esforzaremos por prestarle la mejor atención dental posible. Para ayudarnos a satisfacer todas sus necesidades de atención dental, llene completamente este formulario con lápiz de tinta. Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda, consúltenos, con gusto lo ayudaremos.

No. de paciente _____
No. de seguro social _____
Fecha _____

Información del Paciente (CONFIDENCIAL)

Nombre _____ Fecha de nacimiento _____ Teléfono particular _____
Dirección _____ Ciudad _____ Estado/Provincia _____ Código Postal/P.C. _____
Correo electrónico _____ Teléfono 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/Provincia _____ ☐ Tiempo completo ☐ Tiempo parcial
Paciente o empleador del paciente o tutor _____ Teléfono del trabajo _____
Dirección comercial _____ Ciudad _____ Estado/Provincia _____ Código Postal/P.C. _____
Cónyuge o nombre del padre o tutor _____ Empleador _____ Teléfono del trabajo _____
¿A quién le podemos agradecer por derivarlo? _____
Persona de contacto en caso de urgencia _____ Teléfono _____

Parte Responsable

Nombre de la persona responsable de esta cuenta _____ Relación con el Paciente _____
Dirección _____ Teléfono particular _____
Correo electrónico _____ Teléfono celular _____
No. de licencia de conducir _____ Fecha de nacimiento _____ Institución financiera _____
Empleador _____ Teléfono del trabajo _____ No. de seguro social _____
¿Está persona es actualmente paciente de nuestra consulta? ☐ Sí ☐ No
Para su comodidad, le ofrecemos los siguientes métodos de pago. Marque la opción que prefiera. Pago total en cada cita:
☐ Efectivo ☐ Cheque personal Tarjeta de crédito ☐ VISA ☐ MasterCard ☐ Deseo analizar las políticas de pago de la consulta.

Información del Seguro

Nombre del asegurado _____ Relación con el Paciente _____
Fecha de nacimiento _____ No. de seguro social _____ Fecha de empleo _____
Nombre del empleador _____ No. de sindicato o gremio local _____ Teléfono del trabajo _____
Dirección del empleador _____ Ciudad _____ Estado/Provincia _____ Código Postal/P.C. _____
Compañía de seguros _____ No. de grupo _____ Política/No. de identificación _____
Dirección de la compañía de seguros _____ Ciudad _____ Estado/Provincia _____ Código Postal/P.C. _____
¿De cuánto es su deducible? _____ ¿Cuánto ha usado? _____ Beneficio máximo anual _____

¿TIENE ALGÚN SEGURO ADICIONAL? ☐ Sí ☐ No SI LA RESPUESTA ES SÍ, LLENE LO SIGUIENTE:

Nombre del asegurado _____ Relación con el Paciente _____
Fecha de nacimiento _____ No. de seguro social _____ Fecha de empleo _____
Nombre del empleador _____ No. de sindicato o gremio local _____ Teléfono del trabajo _____
Dirección del empleador _____ Ciudad _____ Estado/Provincia _____ Código Postal/P.C. _____
Compañía de seguros _____ No. de grupo _____ Política/No. de identificación _____
Dirección de la compañía de seguros _____ Ciudad _____ Estado/Provincia _____ Código Postal/P.C. _____
¿De cuánto es su deducible? _____ ¿Cuánto ha usado? _____ Beneficio máximo anual _____

Sigue en la hoja siguiente

Antecedentes Médicos del Paciente

Médico _____ No. de teléfono de la consulta _____

	Sí	No
1. ¿Se encuentra ahora bajo tratamiento?	☐	☐
2. ¿Ha estado alguna vez hospitalizada por alguna intervención quirúrgica o enfermedad grave durante los últimos 5 años?	☐	☐
Si la respuesta es sí, explique _____		
3. ¿Toma algún medicamento(s) incluidos los medicamentos sin receta médica?	☐	☐
Si la respuesta es sí, ¿qué medicamento(s) está tomando? _____		
4. ¿Ha tomado alguna vez Fen-Phen/Redux?	☐	☐
5. ¿Consume tabaco?	☐	☐
6. ¿Usa sustancias controladas?	☐	☐
7. ¿Está usando lentes de contacto?	☐	☐

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

	Sí	No		Sí	No		Sí	No
Hipertensión Arterial	☐	☐	Cardiopatia	☐	☐	Dolor en el pecho	☐	☐
Ataque Cardiaco	☐	☐	Marcapasos Cardiaco	☐	☐	Quedar Fácilmente sin Aliento	☐	☐
Fiebre Reumática	☐	☐	Soplo Cardiaco	☐	☐	Derrame Cerebral	☐	☐
Hinchazón de Tobillos	☐	☐	Angina	☐	☐	Fiebre del Heno/Alergias	☐	☐
Desmayo/Ataques	☐	☐	Cansancio Frecuente	☐	☐	Tuberculosis	☐	☐
Asma	☐	☐	Anemia	☐	☐	Radioterapia	☐	☐
Presión Arterial Baja	☐	☐	Enfisema	☐	☐	Glaucoma	☐	☐
Epilepsia/Convulsiones	☐	☐	Cáncer	☐	☐	Pérdida de Peso Reciente	☐	☐
Leucemia	☐	☐	Artritis	☐	☐	Enfermedad Hepática	☐	☐
Diabetes	☐	☐	Implante o Reemplazo de Articulaciones	☐	☐	Problemas al Corazón	☐	☐
Enfermedad Renal	☐	☐	Hepatitis/Ictericia	☐	☐	Problemas Respiratorios	☐	☐
SIDA o Infección de VIH	☐	☐	Enfermedades de transmisión sexual	☐	☐	Prolapso de la Válvula Mitral	☐	☐
Problema de Tiroides	☐	☐	Problemas Estomacales/Úlceras	☐	☐	Otros _____	☐	☐

9. ¿Es alérgico o ha sufrido alguna reacción alérgica a los siguientes elementos?

	Sí	No
Anestesia Local (por ejemplo, Novocaina)	☐	☐
Penicilina o cualquier otro antibiótico	☐	☐
Medicamentos con Sulfa	☐	☐
Barbitúricos	☐	☐
Sedantes	☐	☐
Yodo	☐	☐
Aspirina	☐	☐
Algún Metal (por ejemplo, niquel, mercurio, etc.)	☐	☐
Látex/Goma	☐	☐
Otro (pro favor enumere) _____	☐	☐
10. ¿Tiene tos o aclaración de la garganta persistente no asociada con una enfermedad conocida (que haya durado más de 3 semanas)?	☐	☐
11. Sólo Mujeres:		
a) ¿Está actualmente embarazada o cree que pueda estarlo?	☐	☐
b) ¿Está amamantando?	☐	☐
c) ¿Está tomando anticonceptivos orales?	☐	☐

Antecedentes Dentales del Paciente

Nombre y Ubicación del Dentista Anterior _____

	Sí	No
1. ¿Sangran sus encías mientras se cepilla o usa la seda dental?	☐	☐
2. ¿Sus dientes son sensibles a los alimentos o liquidos calientes o frios?	☐	☐
3. ¿Sus dientes son sensibles 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 lesiones en la cabeza, cuello o mandíbula?	☐	☐
7. ¿Ha experimentado alguno de los siguientes problemas en su mandíbula?		
Chasquido	☐	☐
Dolor (articulación, oído, costado de la cara)	☐	☐
Dificultad para abrirla o cerrarla	☐	☐
Dificultad para mascar	☐	☐

	Sí	No
8. ¿Tiene dolores de cabeza frecuentes?	☐	☐
9. ¿Aprieta o rechina los 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 después de una extracción?	☐	☐
13. ¿Ha tenido algún tratamiento de ortodoncia?	☐	☐
14. ¿Usa prótesis totales o parciales?	☐	☐
Si la respuesta es sí, fecha de postura _____		
15. ¿Ha recibido alguna vez instrucciones de higiene bucal concerniente al cuidado de sus dientes y encias?	☐	☐
16. ¿Le gusta su sonrisa?	☐	☐

Autorización y Entrega de Información

Certifico que he leído y que comprendo la información anterior, a mi entender. Las preguntas anteriores se han contestado en forma precisa. Comprendo que proporcionar información incorrecta puede ser peligroso para mi salud. También autorizo al dentista a entregar cualquier información incluido el diagnóstico y registros de cualquier tratamiento o exámenes prestados a mi o a mi hijo durante el periodo de dicha atención dental a terceros pagadores y/o a otros profesionales de la salud. Autorizo y solicito a mi compañía de seguros a pagar directamente al dentista o al grupo de dentistas los beneficios del seguro o de lo contrario pagaderos a mi persona. Comprendo que mi compañía 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 cargas.

X _____

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

Comentarios del médico _____

Firma _____ Fecha _____