

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: Dexfenfluramine Fen-phen Pondimin Redux
- Adelgazantes de la sangre: Coumadin Warfarin
- Otro: Levoxyl 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



I have reviewed the following treatment plan. I authorize release of any information relating to claim. I understand that I am responsible for all costs of dental treatment.

Signed (Patient, or parent if minor)

Date

I hereby authorize payment of the dental benefits otherwise payable to me directly to the below named dental entity.

Signed (Insured person)

Date