

*Le damos la bienvenida a nuestra clínica. Tómese algunos minutos para completar este formulario en la forma más exhaustiva posible. Con gusto responderemos todas sus preguntas. Nos alegra trabajar con usted para mantener su salud dental.*

**Información del paciente**

Fecha _____		Teléfono del hogar (____) _____		Celular (____) _____	
Nombre _____		Nombre _____		SS/HIC/ID Paciente _____	
Apellido _____		Inicial del segundo nombre _____			
Dirección _____			Correo electrónico _____		
Ciudad _____			Estado _____ Código postal _____		
Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		Edad _____ Fecha de nacimiento _____		<input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Menor <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> En pareja durante _____ años	
Empleador/escuela del paciente _____			Ocupación _____		
Dirección del empleador/escuela _____			Teléfono del empleador/escuela (____) _____		
¿A quién podemos agradecer su referencia? _____					
¿En caso de emergencia, a quién debemos notificar? _____			Teléfono (____) _____		

**Seguro primario**

Persona responsable por la cuenta _____		Apellido _____		Nombre _____		Inicial del segundo nombre _____	
Relación con el paciente _____		Fecha de nacimiento _____		Núm. Seg. Soc. _____			
Dirección (si es diferente de la del paciente) _____				Teléfono (____) _____			
Ciudad _____				Estado _____ Código postal _____			
Persona responsable empleada por _____				Ocupación _____			
Dirección laboral _____				Teléfono laboral (____) _____			
Compañía de seguros _____							
Número de contrato _____		Número de grupo _____		Número de suscriptor _____			
Nombres de otras personas a cargo cubiertas por este plan _____							

**Seguro adicional**

¿El paciente está cubierto por algún seguro adicional? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No							
Nombre del suscriptor _____		Fecha de nacimiento _____		Relación con el paciente _____			
Dirección (si es diferente de la del paciente) _____				Teléfono (____) _____			
Ciudad _____				Estado _____ Código postal _____			
Suscriptor empleado por _____				Teléfono del trabajo (____) _____			
Compañía de seguros _____				Núm. Seg. Soc. _____			
Número de contrato _____		Número de grupo _____		Número de suscriptor _____			
Nombres de otras personas a cargo cubiertas por este plan _____							

### Historial odontológico

Motivo de la consulta de hoy \_\_\_\_\_ Fecha de la última consulta odontológica \_\_\_\_\_

Dentista anterior \_\_\_\_\_ Fecha de la última radiografía odontológica \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_

Marcar ( ✓ ) si ha tenido alguno de los siguientes problemas:

<input type="checkbox"/> Mal aliento	<input type="checkbox"/> Rechinar de dientes	<input type="checkbox"/> Sensibilidad al calor
<input type="checkbox"/> Sangrado de encías	<input type="checkbox"/> Dientes flojos o empastes rotos	<input type="checkbox"/> Sensibilidad a lo dulce
<input type="checkbox"/> Chasquido o crujido mandibular	<input type="checkbox"/> Tratamiento periodontológico	<input type="checkbox"/> Sensibilidad al morder
<input type="checkbox"/> Acumulación de comida entre los dientes	<input type="checkbox"/> Sensibilidad al frío	<input type="checkbox"/> Llagas o protuberancias en la boca

¿Con qué frecuencia utiliza hilo dental? \_\_\_\_\_ ¿Con qué frecuencia se cepilla los dientes? \_\_\_\_\_

### Historial médico

Nombre del médico \_\_\_\_\_ Fecha de la última consulta \_\_\_\_\_

¿Alguna vez ha tomado alguno de los fármacos del grupo denominado en inglés "fen-phen"? Esto incluye combinaciones de Ionimin, Adipex, Fastin (nombres comerciales de la fentermina), Pondimin (fenfluramina) y Redux (dexfenfluramina).  Sí  No

¿Ha tenido alguna enfermedad grave u operación?  Sí  No Si respondió sí, describa \_\_\_\_\_

¿Alguna vez se le ha efectuado una transfusión de sangre?  Sí  No Si respondió sí, indique fechas aproximadas \_\_\_\_\_

(Mujeres) ¿Está usted embarazada?  Sí  No ¿Amamantando?  Sí  No ¿Tomando píldoras anticonceptivas?  Sí  No

Marcar ( ✓ ) si ha tenido alguno de los siguientes problemas:

<input type="checkbox"/> Anemia	<input type="checkbox"/> Tratamientos con cortisona	<input type="checkbox"/> Hepatitis	<input type="checkbox"/> Fiebre escarlata
<input type="checkbox"/> Artritis, reumatismo	<input type="checkbox"/> Tos persistente	<input type="checkbox"/> Presión sanguínea alta	<input type="checkbox"/> Dificultad para respirar
<input type="checkbox"/> Válvulas cardíacas artificiales	<input type="checkbox"/> Tos con sangre	<input type="checkbox"/> VIH/SIDA	<input type="checkbox"/> Erupción cutánea
<input type="checkbox"/> Articulaciones artificiales	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Dolor mandibular	<input type="checkbox"/> Apoplejía
<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Epilepsia	<input type="checkbox"/> Enfermedad renal	<input type="checkbox"/> Hinchazón de pies o talones
<input type="checkbox"/> Problemas lumbares	<input type="checkbox"/> Desmayos	<input type="checkbox"/> Enfermedad hepática	<input type="checkbox"/> Problemas de tiroides
<input type="checkbox"/> Enfermedad sanguínea	<input type="checkbox"/> Glaucoma	<input type="checkbox"/> Prolapso de válvula mitral	<input type="checkbox"/> Tabaquismo
<input type="checkbox"/> Cáncer	<input type="checkbox"/> Dolores de cabeza	<input type="checkbox"/> Marcapasos	<input type="checkbox"/> Amigdalitis
<input type="checkbox"/> Dependencia de fármacos	<input type="checkbox"/> Soplo cardíaco	<input type="checkbox"/> Radioterapia	<input type="checkbox"/> Tuberculosis
<input type="checkbox"/> Quimioterapia	<input type="checkbox"/> Problemas cardíacos	<input type="checkbox"/> Enfermedad respiratoria	<input type="checkbox"/> Úlcera
<input type="checkbox"/> Circulatory Problems	<input type="checkbox"/> Hemofilia	<input type="checkbox"/> Fiebre reumática	<input type="checkbox"/> Enfermedad venérea

**MEDICAMENTOS** **ALERGIAS**

Enumere los medicamentos que está tomando actualmente: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Autorización

Certifico que yo y/o mi(s) persona(s) a cargo tenemos cobertura de seguro con \_\_\_\_\_ y cedemos directamente al  
Nombre de la(s) Compañía(s) de Seguros \_\_\_\_\_

Dr. \_\_\_\_\_ todos los beneficios del seguro, si los hubiere, de otro modo pagaderos a mí por servicios prestados. Comprendo que soy responsable desde el punto de vista financiero por todos los cargos, sean o no pagados por el seguro. Autorizo el uso de mi firma en todos los documentos del seguro.

El dentista arriba mencionado puede utilizar mi información sobre atención de salud y puede divulgar dicha información a la(s) Compañía(s) de Seguros arriba mencionadas y sus agentes con el fin de obtener el pago de los servicios y determinar los beneficios del seguro pagaderos por servicios relacionados. Este consentimiento terminará cuando se complete mi plan de tratamiento actual o un año después de la fecha de suscripción a continuación.

\_\_\_\_\_ Fecha

Firma del paciente, padre/madre, tutor o representante personal

\_\_\_\_\_ Relación con el paciente

Indicar nombre del paciente, padre/madre, tutor o representante personal

**El pago debe efectuarse en su totalidad en el momento del tratamiento, a menos que se hayan aprobado otros arreglos al respecto.**