

Historial dental

Nombre _____ Edad _____

Dentista anterior _____

Motivo de la visita de hoy _____

Fecha del examen más reciente _____ Fecha de las radiografías dentales más recientes _____

¿Cuán a menudo se cepilla los dientes? _____ ¿Cuán a menudo usa 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 rellenos 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 nacidos 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

¿Tiene usted, o algún miembro de su familia cercana, un historial de alguna de las siguientes condiciones?

- | | | | |
|---|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> SIDA | <input type="checkbox"/> Tratamientos con cortisona | <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> Fiebre reumática |
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Tos persistente | <input type="checkbox"/> Alta presión sanguínea | <input type="checkbox"/> Fiebre escarlata |
| <input type="checkbox"/> Artritis, reumatismo | <input type="checkbox"/> Tos con sangre | <input type="checkbox"/> Positivo al VIH | <input type="checkbox"/> Falta de respiración |
| <input type="checkbox"/> Válvulas cardíacas artificiales | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Dolor en la quijada | <input type="checkbox"/> Erupción de la piel |
| <input type="checkbox"/> Articulaciones/coyunturas artificiales | <input type="checkbox"/> Epilepsia | <input type="checkbox"/> Enfermedad de los riñones | <input type="checkbox"/> Embolia cerebral |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Desmayos | <input type="checkbox"/> Enfermedad del hígado | <input type="checkbox"/> Hinchazón de los pies o los tobillos |
| <input type="checkbox"/> Problemas de la espalda | <input type="checkbox"/> Glaucoma | <input type="checkbox"/> Prolapso de la válvula mitral | <input type="checkbox"/> Problemas de la tiroides |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad de la sangre | <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza | <input type="checkbox"/> Problemas de los nervios | <input type="checkbox"/> Hábito de tabaco |
| <input type="checkbox"/> Cáncer | <input type="checkbox"/> Soplo en el corazón | <input type="checkbox"/> Marcapasos | <input type="checkbox"/> Amigdalitis |
| <input type="checkbox"/> Dependencia de sustancias químicas | <input type="checkbox"/> Problemas del corazón | <input type="checkbox"/> Atención psiquiátrica | <input type="checkbox"/> Tuberculosis |
| <input type="checkbox"/> Quimioterapia | Describalos _____ | <input type="checkbox"/> Tratamiento con radiación | <input type="checkbox"/> Úlceras |
| <input type="checkbox"/> Problemas de la circulación | <input type="checkbox"/> Hemofilia | <input type="checkbox"/> Enfermedad respiratoria | <input type="checkbox"/> Enfermedad venérea |

Autorización

Certifico que he leído y que comprendo la información anterior a mi mejor saber y entender. He respondido a las preguntas anteriores de manera precisa. Comprendo que proveer información incorrecta puede poner mi salud en peligro. Autorizo al dentista a divulgar cualquier información, incluso el diagnóstico y los expedientes de cualquier tratamiento o examen que me hayan hecho a mí o a mi hijo durante el período del tratamiento dental, a terceros pagadores y/o a profesionales médicos. Autorizo y solicito que mi compañía de seguros le pague directamente al dentista o al grupo de odontología los beneficios del seguro que de otro modo me pagarían a mí. Comprendo que es posible que mi compañía de seguro dental pague menos del total de la factura por los servicios prestados. Acuerdo hacerme responsable del pago de todos los servicios prestados a favor mío o de mis dependientes

X

FIRMA DEL PACIENTE (O del padre si es menor de edad)

FECHA



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.

(Favor de escribir en letra de imprenta)

Nombre _____ Fecha _____ Núm. de paciente _____
Nombre Inicial Apellido

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Fecha de nacimiento _____ Teléfono de la casa _____ Teléfono del trabajo _____

Prefiere que lo llamen al número de: La casa El trabajo Cualquiera

Es usted: Menor de edad Casado Divorciado Viudo Soltero Separado

Empleador suyo o de su padre/madre _____ Ocupación _____

Dirección del trabajo _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Nombre de su cónyuge o su padre/madre _____ Lugar de trabajo _____ Teléfono del trabajo _____

Si es estudiante, nombre de la escuela/universidad _____ Ciudad _____ Estado _____

¿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 Co. 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 Co. de seguros _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

¿Cuánto es su deducible? _____ ¿Cuánto ha utilizado? _____ ¿Cuál es el beneficio anual máximo? _____