

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.

Información del Paciente (CONFIDENCIAL)

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

<p>1. ¿Se encuentra ahora bajo tratamiento? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>2. ¿Ha estado alguna vez hospitalizada por alguna intervención quirúrgica o enfermedad grave durante los últimos 5 años? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es sí, explique _____</p> <p>3. ¿Toma algún medicamento(s) incluidos los medicamentos sin receta médica? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es sí, ¿qué medicamento(s) está tomando? _____</p> <p>4. ¿Ha tomado alguna vez Fen-Phen/Redux? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>5. ¿Consumo tabaco? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>6. ¿Usa sustancias controladas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>7. ¿Está usando lentes de contacto? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>8. ¿Tiene o ha tenido alguno de los siguientes?</p> <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;"> <p>Hipertensión Arterial <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Ataque Cardíaco <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Fiebre Reumática <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Hinchazón de Tobillos <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Desmayo/Ataques <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Asma <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Presión Arterial Baja <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Epilepsia/Convulsiones <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Leucemia <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Diabetes <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Enfermedad Renal <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>SIDA o Infección de VIH <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Problema de Tiroides <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> </td> <td style="width: 50%;"> <p>Cardiopatía <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Marcapasos Cardíaco <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Soplo Cardíaco <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Angina <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Cansancio Frecuente <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Anemia <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Enfisema <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Cáncer <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Artritis <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Implante o Reemplazo de Articulaciones <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Hepatitis/Ictericia <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Enfermedades de transmisión sexual <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Problemas Estomacales/Úlceras <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> </td> </tr> </table>	<p>Hipertensión Arterial <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Ataque Cardíaco <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Fiebre Reumática <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Hinchazón de Tobillos <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Desmayo/Ataques <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Asma <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Presión Arterial Baja <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Epilepsia/Convulsiones <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Leucemia <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Diabetes <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Enfermedad Renal <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>SIDA o Infección de VIH <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Problema de Tiroides <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>	<p>Cardiopatía <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Marcapasos Cardíaco <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Soplo Cardíaco <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Angina <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Cansancio Frecuente <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Anemia <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Enfisema <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Cáncer <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Artritis <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Implante o Reemplazo de Articulaciones <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Hepatitis/Ictericia <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Enfermedades de transmisión sexual <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Problemas Estomacales/Úlceras <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>	<p>9. ¿Es alérgico o ha sufrido alguna reacción alérgica a los siguientes elementos?</p> <p>Anestesia Local (por ejemplo, Novocaina) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Penicilina o cualquier otro antibiótico <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Medicamentos con Sulfa <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Barbitúricos <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Sedantes <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Yodo <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Aspirina <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Algún Metal (por ejemplo, níquel, mercurio, etc.) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Látex/Goma <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Otro (pro favor enumere) _____ <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>10. ¿Tiene tos o aclaración de la garganta persistente no asociada con una enfermedad conocida (que haya durado más de 3 semanas)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>11. Sólo Mujeres:</p> <p>a) ¿Está actualmente embarazada o cree que pueda estarlo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>b) ¿Está amamantando? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>c) ¿Está tomando anticonceptivos orales? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>
<p>Hipertensión Arterial <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Ataque Cardíaco <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Fiebre Reumática <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Hinchazón de Tobillos <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Desmayo/Ataques <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Asma <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Presión Arterial Baja <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Epilepsia/Convulsiones <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Leucemia <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Diabetes <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Enfermedad Renal <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>SIDA o Infección de VIH <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Problema de Tiroides <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>	<p>Cardiopatía <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Marcapasos Cardíaco <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Soplo Cardíaco <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Angina <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Cansancio Frecuente <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Anemia <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Enfisema <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Cáncer <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Artritis <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Implante o Reemplazo de Articulaciones <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Hepatitis/Ictericia <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Enfermedades de transmisión sexual <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Problemas Estomacales/Úlceras <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>		

Antecedentes Dentales del Paciente

Nombre y Ubicación del Dentista Anterior _____

<p>1. ¿Sangran sus encías mientras se cepilla o usa la seda dental? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>2. ¿Sus dientes son sensibles a los alimentos o líquidos calientes o fríos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>3. ¿Sus dientes son sensibles a los alimentos o líquidos dulces o amargos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>4. ¿Siente dolor en alguno de sus dientes? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>5. ¿Tiene alguna llaga o bulto en la boca o alrededor de ella? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>6. ¿Ha tenido lesiones en la cabeza, cuello o mandíbula? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>7. ¿Ha experimentado alguno de los siguientes problemas en su mandíbula?</p> <p>Chasquido <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Dolor (articulación, oído, costado de la cara) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Dificultad para abrirla o cerrarla <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Dificultad para masticar <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>	<p>8. ¿Tiene dolores de cabeza frecuentes? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>9. ¿Aprieta o rechina los dientes? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>10. ¿Se muerde los labios o mejilla con frecuencia? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>11. ¿Ha tenido extracciones difíciles en el pasado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>12. ¿Ha tenido alguna vez alguna hemorragia prolongada después de una extracción? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>13. ¿Ha tenido algún tratamiento de ortodoncia? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>14. ¿Usa prótesis totales o parciales? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es sí, fecha de postura _____</p> <p>15. ¿Ha recibido alguna vez instrucciones de higiene bucal concerniente al cuidado de sus dientes y encías? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>16. ¿Le gusta su sonrisa? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>
---	--

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 _____