

**BIENVENIDO**

Nos complace en darle la bienvenida a nuestro consultorio Por favor torne unos minutos para llenar éste formulario lo mejor que pueda Nos complacerá ayudarle si tiene usted alguna pregunta  
 Nos entusiasma el trabajar con usted en el mantenimiento de su salud dental

**INFORMATION DEL PATIENT**

Nombre \_\_\_\_\_ No Seguro Social \_\_\_\_\_  
 Apellido \_\_\_\_\_ Primer Nombre \_\_\_\_\_ Inicial \_\_\_\_\_  
 Domicilio \_\_\_\_\_  
 Cel \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_ Tel De Casa \_\_\_\_\_ Cell \_\_\_\_\_  
 Phone \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_  
 Sexo  M  F Edad \_\_\_\_\_ Fecha De Nacimiento \_\_\_\_\_  Soltero/a  Casado/a  Divorciado/a  Separado/a  Divorciado/a  
 Paciente trabaja para \_\_\_\_\_ Ocupación \_\_\_\_\_  
 Domicilio del Trabajo \_\_\_\_\_ Tel del Trabajo \_\_\_\_\_  
 Email del Trabajo \_\_\_\_\_  
 A quien podemos agradecer por su referencia? \_\_\_\_\_  
 Notifique en caso de emergencia \_\_\_\_\_ Tel de Casa \_\_\_\_\_  
 Business Phone \_\_\_\_\_  
 Email \_\_\_\_\_  
 Cel Tel de Trabajo \_\_\_\_\_ Tel de Trabajo \_\_\_\_\_  
 Email del Trabajo \_\_\_\_\_

**SIGURO PRIMARIO**

Persona responsable por la cuenta \_\_\_\_\_  
 Apellido \_\_\_\_\_ Primer Nombre \_\_\_\_\_ Inicial \_\_\_\_\_  
 Relacion con el paciente \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ No. Seguro Social \_\_\_\_\_  
 Domicilio (si es diferente a la del paciente) \_\_\_\_\_ Tel de Casa \_\_\_\_\_  
 Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_  
 Cel \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_  
 La persona responsable trabaja para \_\_\_\_\_ Ocupacion \_\_\_\_\_  
 Domicilio del trabajo \_\_\_\_\_ Tel del trabajo \_\_\_\_\_  
 Email del trabajo \_\_\_\_\_  
 Compania de seguro \_\_\_\_\_ Tel \_\_\_\_\_  
 Insurance Address \_\_\_\_\_  
 Email \_\_\_\_\_  
 No de Contrato \_\_\_\_\_ No. de grupo \_\_\_\_\_ No. de Suscripcion \_\_\_\_\_  
 Nombre de otros dependientes bajo este plan \_\_\_\_\_

**SECURO ADICIONAL**

Está el paciente cubierto por un seguro adicional?  Si  No  
 Persona inscrita \_\_\_\_\_ Relación con el paciente \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_  
 Domicilio (si es diferente a la del paciente) \_\_\_\_\_ No. de Seguro Social \_\_\_\_\_  
 Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_ Tel de casa \_\_\_\_\_  
 Cel \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_  
 Persona inscrita trabaja para \_\_\_\_\_ Tel del trabajo \_\_\_\_\_  
 Email del trabajo \_\_\_\_\_ Tel \_\_\_\_\_  
 Compania de seguro \_\_\_\_\_ Phone \_\_\_\_\_  
 Email \_\_\_\_\_  
 No. de contrato \_\_\_\_\_ No. de grupo \_\_\_\_\_ No. de suscripcion \_\_\_\_\_  
 Nombre de otros dependientes bajo este plan \_\_\_\_\_

Favor de llenar ambos lados

Que le gustaria que hicieramos hoy? \_\_\_\_\_  
 Tiene usted alguna incomodidad dental el dia de hoy? \_\_\_\_\_  
 Dentista anterior \_\_\_\_\_ Domicilio \_\_\_\_\_  
 Email del Dentista \_\_\_\_\_ Tel \_\_\_\_\_  
 Fecha del último cuidado dental \_\_\_\_\_ Fecha de las últimas radiografias \_\_\_\_\_

Marque con una palomita (✓) si o no si a tenido alguno de los siguientes problemas

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Mal aliento                | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Comida entre los dientes | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Tratamiento periodontal            |
| <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Sensibilidad al morder     | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Sangrado de las encias   | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Rechinado de dientes               |
| <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Sensibilidad a lo frio     | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Sensibilidad al morder   | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No La mandibula se salta o hace ruido |
| <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Dientes sueltos o rellenos | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Sensibilidad al calor    | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Ulcera o brotes en la boca         |

Que tan seguido se cepilla? \_\_\_\_\_ Que tan seguido usa el hilo dental? \_\_\_\_\_  
 Como se siente sobre la apariencia de sus dientes? \_\_\_\_\_  
 Alguna vez a expeimentado una reacción adversa durante o en conjunto con un medicamento o procedimiento dental?  Si  No  
 Otra información sobre su salud dental o tratamiento previo \_\_\_\_\_

**HISIONIAI NEMEDICO**

Nombre del doctor \_\_\_\_\_ Tel \_\_\_\_\_  
 Fecha de la última visita \_\_\_\_\_ A tenido alguna enfermedad o operación seria?  Si  No  
 Si si, describa \_\_\_\_\_  
 Está usted actualmente bajo cuidado médico?  Si  No Si si, describa \_\_\_\_\_  
 Alguna vez a tenido una transfusión de sangre?  Si  No Si si, dé las fechas aproximadas \_\_\_\_\_  
 Alguna vez a tomado Fen-Phen/Redux?  Si  No  
 Alguna vez usted a usado el medicamento bisfosfonato? Las marcas reconocidas incluyen Fosamax, Actonel, Atelvia, Didronel y Boniva  Si  No  
 Mujeres: Está usted embarazada?  Si  No Está usted amamantando?  Si  No  
 Está usted tomando pildoras anticonceptivas?  Si  No

Marque con una palomita (✓) si alguna vez a tenido alguna de las siguientes condiciones:

- |  |  |   |   |   |
|--|--|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Tos persistence                                      | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Tos con sangre                       | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Diabetes                          | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Enfermedad o padecimiento del riñon | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Anafixis                  |
| <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No SIDA, VIH positivo                                   | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Culebrillao herpes zoster            | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Anemia                            | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Salpullido en la piel               | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Embolía                   |
| <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Falta de aliento                                     | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Artritis, reumatismo                 | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Enfermedad del higado             | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Válvulas atificiales del corazón    | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Espina bífida             |
| <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Alergias a materiales (latex, lana, metal, químicos) | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Desmayos                             | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Alergia a un tipo de comida       | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Dolor de cabeza                     | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Asthma                    |
| <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Prolapso de la válvula mitral                        | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Glaucoma                             | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Implates quirugicos               | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Inflamación de los pies y tobillas  | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Cáncer                    |
| <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Articulaciones artificiales                          | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Atópico (Propenso a las alergias)    | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Problema de los nervios           | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Tuberculosis                        | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Amigdalitis               |
| <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Operación del corazón / marcapasos                   | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Problemas de la espalda              | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Quimoterapia                      | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No No Enfermedades química             | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Hepatitis                 |
| <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Enfermedad o padecimiento de la tiroides             | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Iregularidad cardiaca                | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Hemofilla/Hemorragia anormal      | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Habitos ai tabaco                   | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Dependencia respiratorias |
| <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Cuidado psiquiatrico                                 | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Problemas del corazon Describa _____ | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Tratamiento de radiación          | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Alta presion                        | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Ulcera/colits             |
| <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Tratamientos de cortisona                            | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Enfermedades de                      | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Rápida perdida y ganancia de peso | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Dolor en la mandlbula               | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Fiebre reumática          |
|  |  |   | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No la sangre venenas                   | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Problemas de airculación  |

Está el paciente actualmente tomando algún medicamento? Si si, enlistelos todos \_\_\_\_\_  
 Tiene el paciente alergia a algún medicamento? Si si, enlistelos todos \_\_\_\_\_

**AUTORIZAION**

He revisado laintormacion en éste cuestionario y es precisa segin mi conacimento. Entiendo que ésta intormacion serd utilizada por el denlista para ayudar a determinar un iratamiento dental apropiado y saludable Si hay algun cambio en mi esiatus medico, se lo inlormare al dentista. Autorizo a la oompañia de seguros indicada en éste formularno a pagar al dentista todos los beneficios asegurados por los servicios prestados que de otra manera fueran pagaderos a mi. Autorizo el uso de ésta firma en todos los peticiones al seguro. Autorizo al dentista a revelar toda intormación necesaria para asegurar el pago de los beneticios Entendo que soy economicamente responsable por todos los cargos ya sean o no pagados por el seguro.

Fecha Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**El pago debe hacerse en su totalidad a la hora del tratamiento al menos que se hayan aprobado arreglos con anterloridad.**