



INFORMACIÓN DEL PACIENTE

¡Bienvenido a nuestra oficina! Para ayudarnos a servirle, por favor complete el siguiente formulario confidencial. La información proporcionada es importante para su salud dental.

Nombre del paciente: _____ Apellido: _____

Nombre preferido: _____ Fecha de nacimiento: _____

Si es menor, nombres de padres / tutores: _____

El género: Masculino Femenino Estado civil: Soltero Casado Divorciado Apartado Viudo

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono de casa: _____ Celular: _____ Teléfono del trabajo: _____

Correo electrónico: _____ Licencia de conducir #: _____

Empleador: _____ Ocupación: _____

¿A quién podemos agradecer por referirle a nuestra oficina? Amigo Volantes Signo de la oficina Radio Internet Otro: _____

Nombres y relaciones de otros miembros de la familia que son pacientes de nuestra práctica: _____

INFORMACIÓN DE FACTURACIÓN, CRÉDITO Y SEGURO:

No cubierto por el seguro dental

Seguro primario:

Nombre del titular de la póliza: _____ Apellido: _____

Fecha de nacimiento: _____ Número de seguro social: _____

Seguro Dental: _____ Número de grupo: _____

Empleador: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Seguros Secundarios:

Nombre del titular de la póliza: _____ Apellido: _____

Fecha de nacimiento: _____ Número de Seguro Social: _____

Seguro Dental: _____ Número de grupo: _____

Empleador: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

HISTORIA DENTAL

<p>¿Razón de la visita / principal preocupación?</p> <p><input type="checkbox"/> Chequeo</p> <p><input type="checkbox"/> Limpieza</p> <p><input type="checkbox"/> Dolor de muelas</p> <p>Fecha de la última consulta dental: _____</p>	<p>¿Tiene o ha tenido alguna de las siguientes opciones? (Por favor marque cualquiera que sea aplicable)</p> <p><input type="checkbox"/> Dolor o malestar</p> <p><input type="checkbox"/> Sensibilidad al calor / frío / dulces</p> <p><input type="checkbox"/> Dificultad para masticar / comer</p> <p><input type="checkbox"/> Boca seca / sed excesiva</p> <p><input type="checkbox"/> Diente flojo</p> <p><input type="checkbox"/> Alimentos atrapados entre los dientes</p>
--	--

Nombre del dentista anterior: _____

Teléfono del dentista anterior:

Dirección del dentista anterior:

Cualquier problema con el tratamiento dental pasado:

- Olores en la boca / mal sabor
- Dolor, encías sangrantes
- Mordaza fácilmente
- Traumatismo en la boca / mandíbula
- Usar dentaduras postizas
- Muela de dientes / mordazas de sujeción
- Dolor en las articulaciones mandibulares
- Nervioso sobre el tratamiento dental
- Mala experiencia dental



HISTORIA DE LA SALUD MEDICA

Aunque el personal dental trata principalmente el área dentro y alrededor de su boca, su boca es una parte de su cuerpo entero. Los problemas de salud que usted pueda tener, o los medicamentos que usted esté tomando, podrían tener una interrelación importante con la odontología que usted recibirá.

¿Tiene o ha tenido alguna de las siguientes opciones?
(Por favor marque cualquiera que sea aplicable)



- Cáncer o tumor
- Enfermedad cardíaca o angina
- Murmullo cardíaco, prolapso de la válvula mitral, defecto del corazón
- Fiebre reumática o cardiopatía reumática
- Articulación articular o válvula
- Presión arterial alta o baja
- Marcapasos
- Tuberculosis u otros problemas pulmonares
- Enfermedad del riñón
- Hepatitis u otra enfermedad del hígado
- Alcoholismo
- Transfusión de sangre
- Diabetes
- Estado neurológico
- Epilepsia, convulsiones o desmayos
- Condición emocional
- Artritis
- Herpes o herpes labial
- SIDA o VIH positivo
- Migrañas o dolores de cabeza frecuentes
- Anemia o trastornos de la sangre
- Hemorragia anormal después de extracciones, cirugía o trauma
- Problemas de hígado o sinusitis
- Alergias o urticaria
- Asma

¿Fuma o usa tabaco de mascar? si no

¿Es usted alérgico a, o ha reaccionado adversamente a cualquiera de los siguientes?

- Materiales de látex
- Penicilina u otros antibióticos
- Anestésicos locales ("Novocain")
- Codeína u otros narcóticos
- Sulfa drogas
- Barbitúricos, sedantes o pastillas para dormir
- Aspirina
- Otro: _____

¿Está usted tomando alguno de los siguientes?

- Aspirina
- Anticoagulantes (anticoagulantes)
- Antibióticos o fármacos sulfa
- Presión arterial alta medicina
- Antidepresivos o tranquilizantes
- Insulina, orinase u otro fármaco para la diabetes
- Nitroglicerina
- Cortisona u otros esteroides
- Osteoporosis (densidad ósea)
- Otro: _____

Mujer:

- Puede estar embarazada
Fecha de Entrega Estimada: _____
- Tomar hormonas o anticonceptivos

Nombre de su médico: _____

¿Tiene alguna enfermedad, afección o problema no mencionado arriba?

Por favor, agregue cualquier otra cosa que quisiera que supiéramos:

CONSENTIMIENTO GENERAL AL TRATAMIENTO

Estoy de acuerdo y consiento en un examen dental que puede incluir radiografías, limpieza y aplicaciones de fluoruro. Entiendo que se pueden recomendar procedimientos diagnósticos adicionales y tratamientos dentales y se discutirán conmigo antes de que se haga. Asimismo, reconozco que no existen garantías, expresas o implícitas, en cuanto a los resultados de los procedimientos o tratamientos dentales realizados.

Liberación de información

Autorizo la divulgación de cualquier información relacionada con mi historial dental, su diagnóstico o tratamiento a terceros pagadores u otros profesionales de la salud.

Asignación de beneficios de seguro

Autorizo y solicito a mi compañía de seguros que pague mis beneficios directamente al consultorio dental.

Liberación de fotografía

Autorizo al consultorio dental a tomar fotografías de mí para su identificación ya ayudarme a entender mejor mi condición dental actual y las opciones de tratamiento.

Entiendo y cumpliré con la política de nombramiento de la oficina.

Comprendo y acepto el consentimiento general para el tratamiento.

Autorizo la divulgación de información.

Autorizo tomar fotografías de mí.

A mi leal saber y entender, las preguntas de este formulario han sido contestadas con precisión. Entiendo que proporcionar información incorrecta puede ser peligroso para la salud de mi (o del paciente). Es mi responsabilidad informar al consultorio dental de cualquier cambio en el estado médico.

Firma del paciente (o tutor): _____



Fecha:

