

Fecha: ___/___/___

A quien le podemos dar las gracias por referir lo/la a nuestra oficina? _____

Informacion Del Paciente

Correo Electronico: _____ Celular. (_____) _____ Casa (_____) _____

Mejor manera de comunicarnos con usted: (Por favor \checkmark todo lo que sea applicable) Text Email Telefono Otro Medio _____

Seguro Social #: _____ Licencia. # _____ Genero: M F Fecha De Nacimiento ___/___/___

Nombre: _____
Apellido Nombre Inicial

Direccion: _____
Calle Ciudad EstadoCodigo Postal

Empleador: _____ Ocupacion: _____ Telefono del Trabajo (_____) _____

Numero De Emergencia: _____ Relacion: _____ Telefono. (_____) _____

Informacion Del Seguro Dental De La Persona Responsable

Correo Electronico: _____ Celular. (_____) _____ Casa (_____) _____

Mejor manera de comunicarnos con usted: (Por favor \checkmark todo lo que sea applicable) Text Email Telefono Otro Medio _____

Seguro Social #: _____ Licencia. # _____ Genero: M F Fecha De Nacimiento ___/___/___

Nombre: _____
Apellido Nombre Inicial

Direccion: _____
Calle Ciudad EstadoCodigo Postal

Empleador: _____ Ocupacion: _____ Telefono del Trabajo (_____) _____

Numero De Emergencia: _____ Relacion: _____ Telefono. (_____) _____

Informacion de la Aseguranza

Nombre de la compania _____ Grupo # _____ Telefono. (_____) _____

Nombre de la compania _____ Grupo # _____ Telefono. (_____) _____

Informacion Dental

Fecha Del Ultimo examen dental: _____ Tratamiento realizado: _____

Nombre del Dentista _____ Ciudad: _____

Sus encias sangran al cepillarse? Si___ No___ Tiene sensibilidad a Frio o Calor? Si___ No___

Rechina o aprieta sus dientes? Si___ No___ Presion? Si___ No___

Tiene temor al trabajo dental? Si___ No___ Dulces? Si___ No___

Como describiria sus problemas dentales en este momento? _____

Informacion Medica

1. Tiene algun dolor o molestia en este momento? Si...No
2. Ha sido hospitalizado en los ultimos dos anos? Si...No
3. Esta tomando alguna medicina en este momento?Cual es: Si...No
4. En los ultimos dos anos ha tomado medicinas para suprimir el apetito que Contengan Fen-phen (fenfluramine y phentermine0 o dexfenfluramine o fenflurameine? Si...No
5. He estado bajo cuidado medico en los ultimos dos anos o desde que comenzo a tomar los medicamento Para suprimir el apetito? Si...No
- Nombre de su medico y direccion:** _____ **Telefono. (_____)** _____

Notas

6. Es alergico o sensible a algun medicamento o anestesico?A Cual _____ Si...No

Por Favor marque si ha tenido o tiene alguna de las siguientes condiciones Circule "Si" o "No" a CADA condicion. No circule en Grupos:

Falla cardiaca	Si.....No	Cancer	Si.....No	V.I.H positive	Si.....No
Ataque al corazon	Si.....No	Tos cronica	Si.....No	Herpes Labial	Si.....No
Angina de pecho	Si.....No	Tuberculosis	Si.....No	Ulceras bucales	Si.....No
Soplo cardiaco	Si.....No	Asma	Si.....No	Enfermedad cardiaca congenital	Si.....No
Presion arterial alta	Si.....No	Fiebre del heno	Si.....No	Prolapso valvula mitral	Si.....No
Arterioesclerosis	Si.....No	Ulcera	Si.....No	Problemas Mentales	Si.....No
Valcula artificial	Si.....No	Diabetes	Si.....No	Articulaciones artificiales	Si.....No
Marcapasos	Si.....No	Glaucoma	Si.....No	Problemas de tiroides	Si.....No
Cirugia del corazon	Si.....No	Alergias	Si.....No	Enfisema pulmonar	Si.....No
Fiebre reumatica	Si.....No	Sinusitis	Si.....No	Alergia a metals o joyas	Si.....No
Artritis	Si.....No	Desmayos	Si.....No	Epilepsia o convulsiones	Si.....No
Reumatismo	Si.....No	Radioterapia	Si.....No	Enfermedad venera	Si.....No
Tumores	Si.....No	Hepatitis A	Si.....No	Transfucion de sangre	Si.....No
Derame cerebral	Si.....No	Hepatitis B	Si.....No	Hemofilia	Si.....No
Falla renal	Si.....No	SIDA	Si.....No	Anemia	Si.....No
Quimioterapia	Si.....No	Problemas del higado	Si.....No	Moretones frecuentes	Si.....No
Usa cortisona	Si.....No	Ictericia	Si.....No	Enfermedad de Sickle	Si.....No
Alergia al latez	Si.....No	Nerviosismo	Si.....No		

Sigue una dieta especial?	Si.....No	Se le inflaman los tobillos durante el dia?	Si.....No
Quando camina o sube escaleras tiene que descansar porque siente dolor en el pecho, Se le corta la respiracion o se fatiga?	Si.....No	Usa mas de una almohada durante el noche?	Si.....No
		Tiene o ha tenido alguna otra enfermedad que no este en la lista anterior? Cual?: _____	Si.....No

Solo Para Mujeres

Esta Embarazada? Si__ No__ Que mes? __ Esta lactando? Si__ No__ Esta tomando pildoras anticonceptivas? Si__ No__

- Entiendo que la información anterior es necesaria para poder obtener tratamiento dental de una manera segura y eficiente. He respondido todas las preguntas completa y sinceramente.
- Para casos de entrenamiento y la seguridad de nuestros pacientes y personal estas oficinas están bajo 24 horas de audio y video.
- Autorizo al doctor para ordenar otras ayudas diagnosticas, como radiografias, modelos, fotografias, si fuese necesario con el fin de facilitar mi diagnostico y / o tratamiento.
- Autorizo al doctor para llevar a cabo el tratamiento recomendado, mutuamente acordado y aprobado por mi, y para usar la medicina y terapia indicada en conexión con el tratamiento.
- Entiendo que el uso de agentes anestésicos puede contener cierto riesgo. Autorizo y consiento para que el doctor escoja y emplee el mas apropiado para llevar a cabo mi tratamiento.
- Acepto toda responsabilidad sobre el pago de ellos servicios dentales que se provean en esta oficina a mi o a mis dependientes, los cuales deben ser cancelados al momento de recibir el servicio. También entiendo que seré responsable por cualquier pago esperado que mi asegúrense niegue. En caso de los pagos no sean recibidos según lo acordado, reportes de mi crédito podrán ser obtenidos.
- Entiendo que es mi responsabilidad avisar a la oficina sobre cualquier cambio en información registrada en esta forma

Paciente o persona responsable: _____ Fecha: __/__/__ Relacion con el paciente: _____

Testigo: _____ Fecha: __/__/__

Doctor: _____ Fecha: __/__/__