

| | |
|-------|--|
| Fecha | |
|-------|--|

| | | | | | |
|----------------------------------|---|--------------------------------------|------------------|---------|--|
| Nombre | | Apellido | | Inicial | |
| Paciente | <input type="checkbox"/> Titular de la Póliza | <input type="checkbox"/> Responsable | Nombre Preferido | | |
| Como escuchó de nuestra oficina? | | | | | |

Información del Paciente

| | | | |
|---|--|----------------------------|---|
| Fecha de Nacimiento | | Número de Seguridad Social | |
| Dirección | | | |
| Ciudad | | Estado | Código Postal |
| Telefono de Casa | | Celular | |
| Correo electrónico | | Empleado / Ocupación | |
| Seleccione las Preferencias de Recordatorio de la Cita: <input type="checkbox"/> Texto <input type="checkbox"/> Correo Electrónico <input type="checkbox"/> Teléfono de Casa <input type="checkbox"/> Teléfono de Trabajo | | | |
| Sexo | <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino | Estado Civil | <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Viudo |
| Si casado, Nombre de su Paraja | | Numero de telefono | |
| Contacto de emergencia (aparte de su Pareja) | | Relación _____ | |
| Nombre _____ | | Teléfono _____ | |

Persona responsable del paciente (si la persona responsable no es el paciente)

| | | | | | |
|---|--|----------------------------|--|-------------------|--|
| Nombre | | Apellido | | Inicial | |
| Domicilio | | | | | |
| Ciudad | | Estado | | Código Postal | |
| Telefono de Casa | | Celular | | Número Trabajo | |
| Fecha de nacimiento | | Numero de Seguridad Social | | Nombre de Trabajo | |
| Responsable de la póliza del paciente <input type="checkbox"/> Titular de seguro primario <input type="checkbox"/> Titular de seguro secundario | | | | | |

Cobertura de Seguro Dental (si aplicable)

| | | | | | |
|----------------------|--|---|--|-----------------------------------|--|
| Seguro Primario | | Relación del paciente con el asegurado | | | |
| Nombre del Asegurado | | <input type="checkbox"/> Yo <input type="checkbox"/> Esposo/a <input type="checkbox"/> Hijo/a <input type="checkbox"/> Otro | | | |
| NSS | | Empleador | | Fecha de nacimiento del asegurado | |
| Seguro Secundario | | Relación del paciente con el asegurado | | | |
| Nombre del Asegurado | | <input type="checkbox"/> Yo <input type="checkbox"/> Esposo/a <input type="checkbox"/> Hijo/a <input type="checkbox"/> Otro | | | |
| NSS | | Empleador | | Fecha de nacimiento del asegurado | |

Historia Dental

| | | | |
|--|--|---|---|
| Nombre del Dentista Anterior | | ¿Está satisfecho con la forma de sus dientes? | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| Fecha de la última visita | | ¿Está satisfecho con el color de sus dientes? | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| ¿Con que frecuencia se cepilla los dientes? | | (Por favor circule) Que tipo de cepillo usa? | |
| Que Frecuente usa el hilo dental? | | Manual | Mecánico |
| ¿Ha tenido usted tratamiento de ortodoncia (Frenos) <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | | | |
| ¿Ha tenido usted tratamiento periodontal? (Enfermedad de las Encías) <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | | | |

A pesar de que el personal dental trata principalmente el área de su boca, su boca es parte de su cuerpo entero. Los problemas de salud que usted pueda tener o las medicaciones que usted puede tomar, podrían tener una interrelación importante con el cuidado que reciba. Gracia por responder a esta preguntas

¿Está bajo algún cuidado de un médico ahora? Si No En caso afirmativo explicar

¿Ha sido hospitalizada o tenido una cirugía mayor en el último año? Si No En caso afirmativo explicar

¿Alguna vez ha tenido una lesión grave en la cabeza o el cuello? Si No En caso afirmativo explicar

¿Está tomando algún medicamento, pastillas o drogas? Si No En caso afirmativo explicar

¿Alguna vez ha tomado Foamx, Boniva, Actonel o cualquier otro medicamento que contenga bisfosfonatos? Si No En caso afirmativo explicar

¿Sigue alguna dieta especial? Si No En caso afirmativo explicar

¿Usted consume tabaco? Si No En caso afirmativo explicar

¿Utiliza sustancias controladas? Si No En caso afirmativo explicar

Mujeres: ¿Está?

Embarazado o Tratando de Quedar Embarazada Amamantando Tomando Pastillas Anti contraceptivas

¿Tiene alergia a alguno de los siguientes? Sin Alergias Conocidas

Aspirina Penicilina Codeina Acrílicas
 Metales Látex Sulfa Anestésico Local

¿Tiene o ha tenido alguno del los siguientes?

| | | | | | | | |
|-------------------------------|---|--------------------------|---|--|---|------------------------------------|---|
| Sida/VIH Positivo | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Medicina Cortisona | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | La Hepatitis A | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Reumatismo | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| La enfermedad de Alzheimer | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Diabetes | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | La Hepatitis B o C | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Fiebre Escarlata | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| Anafilaxia | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Adicción de Drogas | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Presión Alta | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Herpes Zóster | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| La anemia | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Fácilmente Tiene Mareos | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Colesterol Alto | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Enfermedad de la célula falciforme | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| Angina | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Enfisema | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Erupciones en la piel | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Problemas Simulases | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| Artritis | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Epilepsia o Convulsiones | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Hipoglucemia | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Espina Bífida | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| Válvula de Corazon Artificial | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Sangrado Excesivo | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Latidos Irregulares | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Enfermedad Estomacal / Intestinal | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| Articulación artificial | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Sed Excesiva | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Problemas Renales | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | La Derrame Cerebral | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| Asma | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Desmayos | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Leucemia | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Hinchazón de las Extremidades | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| Enfermedad de las sangre | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Tos Frecuente | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Enfermedad del Hepática | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Enfermedad Tiroidea | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| Transfusión de sangre | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Diarrea Frecuente | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Presión Baja | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Amigdalitis | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| Falta de Aire | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Dolores de cabeza | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Enfermedad Pulmonar | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Tuberculosis | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| Moretones fácilmente | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Frecuentes | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Válvula mitral | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Tumores o Crecimientos | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| Cáncer | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Herpes Genital | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Osteoporosis | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Úlceras | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| Quimioterapia | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Glaucoma | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Dolor en las Articulaciones Mandibulares | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Enfermedad Venérea | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| Dolor en el Pecho | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Fiebre | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Enfermedad Paratiroidea | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Ictericia Amarilla | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| Fuegos / Herpes Labial | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Ataque Cardiaco/Fracaso | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Atención psiquiatra | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | | |
| Enfermedad Cardiaca Congénita | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Soplo del Corazón | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Tratamiento de Radiación | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | | |
| Convulsiones | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Marcapasos Cardiacos | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Pérdida de Peso Resiente | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | | |
| | | Enfermedades del Corazón | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | La Diálisis Renal | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | | |
| | | Hemofilia | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Fiebre Reumática | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | | |

¿Alguna vez ha tenido alguna enfermedad grave no mencionadas anteriormente? Si No en Caso Afirmativo, explicar

Commentaries'

Firma de Autorización

Entiendo que la información que he dado hoy es correcta a mi mejor conocimiento. También entiendo que esta información se llevara a cabo en la más estricta confidencialidad y es mi responsabilidad informar a esta oficina de los cualquier cambio en mi estado medió. Autorizo al personal dental a realizar los servicios dentales necesarios que pueda necesitar durante el diagnostico y el tratamiento con mi consentimiento informado.

Firma del Paciente o Representate del Paciente

Fecha

Relación con el paciente(sino está firmando el paciente)