

Información Del Paciente

Nombre del paciente: _____ Fecha: _____

Apellido, Nombre (Nombre Preferido)

Fecha de nacimiento: _____ Mujer Hombre

Seguro social #: _____ Casado Soltero Niño Otro _____

Numero de telefono (casa): _____ (trabajo): _____ (celular): _____

Quisiera usted la confirmación de cita por Telefono Texto Correo electrónico

Correo electrónico: _____

Dirección: _____

Calle

Numero

Ciudad

Estado

Codigo Postal

Contacto de Emergencia: _____ Teléfono de Emergencia: _____

Información de Referencia

A quien debemos agradecer por referirlo a nuestra clinica?

Paciente Sitio web Búsqueda de internet Anuncio Correo Aseguradora

Paginas amarillas Periódico

Nombre de la persona que lo refirio (opcional): _____

Información de la Persona Responsable

Lo siguiente es para: el cónyuge del paciente la persona responsable de pago

Nombre: _____

Seguro social #: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Telefono (Casa): _____ (Trabajo): _____ Ext: _____ (Celular): _____

Dirección:

calle _____ numero de apart: _____

Ciudad

Estado

Codigo postal

Información de Aseguranza

Primaria

Nombre del Asegurado: _____ Esta asegurado el paciente? Si No

Apellido

Nombre

Fecha de nacimiento del asegurado: _____ #ID : _____ #Grupo : _____

Dirección del asegurado: _____

Calle

Ciudad

Estado

Codigo Postal

Nombre de la aseguradora del empleador: _____

Dirección: _____

Calle

Cuidad

Estado

Codigo Postal

Parentesco del paciente con el asegurado: Propio Cónyuge Hijo Otro _____

Nombre y dirección de plan de aseguranza: _____

Secundario

Nombre del asegurado: _____ Esta asegurado el paciente? Si No

Apellido

Nombre

Fecha de nacimiento del asegurado: _____ # ID: _____ #Grupo: _____

Dirección del asegurado: _____

Calle

Ciudad

Estado

Codigo Postal

Nombre de la aseguradora del empleador: _____

Dirección: _____

Calle

Cuidad

Estado

Codigo Postal

Parentesco del paciente con el asegurado: Propio Cónyuge Hijo Otro _____

Nombre del plan de aseguranza y direccion: _____

Información de Salud

Nombre del Paciente:

Tiene o a experimentado alguno de lo siguientes?

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Angina /dolor de pecho | <input type="checkbox"/> Desmayos o mareos | <input type="checkbox"/> Nerviosismo |
| <input type="checkbox"/> Problemas respiratorios | <input type="checkbox"/> Tos frecuente | <input type="checkbox"/> Dolor de mandíbula |
| <input type="checkbox"/> Hematoma/ moretones | <input type="checkbox"/> Diarrea frecuente / Micción | <input type="checkbox"/> Pérdida de peso reciente |
| <input type="checkbox"/> Dificultad para tragar | <input type="checkbox"/> Urticaria o erupción | <input type="checkbox"/> Problemas de seno |
| <input type="checkbox"/> Sed excesiva | <input type="checkbox"/> Ictericia | <input type="checkbox"/> Inflamacion de articulaciones |

Es usted alérgico a:

- Penicilina Látex Aspirina Codeína Anestésico local (Novacaine/Xylocaine) Óxido Nitroso Valium
 Erytromicina Tetraciclina Vicoden Percodan Comidas Metal Otro: _____

¿Tiene o a tenido alguno de los siguientes? Por favor marque los que aplican:

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> SIDA (VIH+) | <input type="checkbox"/> Enfermedad de Enfisema/Pulmón | <input type="checkbox"/> Osteoporosis |
| <input type="checkbox"/> Alergias (Polvo, Polen) | <input type="checkbox"/> Epilepsia o Convulsiones | <input type="checkbox"/> Tratamiento Periodontal |
| <input type="checkbox"/> La Enfermedad de Alzheimer | <input type="checkbox"/> Enfermedad de Ojo/Glaucoma | <input type="checkbox"/> Cuidado Psiquiátrico |
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Ataque / Falla Cardíaca | <input type="checkbox"/> Tratamiento de Radiación |
| <input type="checkbox"/> Artritis/Gota/Reumatismo | <input type="checkbox"/> Soplo Cardíaco / Irregularidad | <input type="checkbox"/> Fiebre Escarlata/reumática |
| <input type="checkbox"/> Válvula de Corazón Artificial | <input type="checkbox"/> Hepatitis A / B / C | <input type="checkbox"/> Anemia de células falciformes |
| <input type="checkbox"/> Coyuntura Artificial | <input type="checkbox"/> Herpes | <input type="checkbox"/> Enfermedades de la Piel |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Hipertensión | <input type="checkbox"/> Problemas |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad de la Sangre | <input type="checkbox"/> Hipoglucemia | <input type="checkbox"/> Estomacales/Intestinales |
| <input type="checkbox"/> Cáncer/Quimioterapia | <input type="checkbox"/> Problemas de Riñón | <input type="checkbox"/> Problemas de Tiroides |
| <input type="checkbox"/> Herpes labiales | <input type="checkbox"/> Leucemia | <input type="checkbox"/> Trasplante |
| <input type="checkbox"/> Desordenes Cardíacos | <input type="checkbox"/> Enfermedad de Hígado | <input type="checkbox"/> Tuberculosis |
| <input type="checkbox"/> Congénitos | <input type="checkbox"/> Hipotensión | <input type="checkbox"/> Tumores o Crecimientos |
| <input type="checkbox"/> Medicina de Cortisona | <input type="checkbox"/> Enfermedad Pulmonar | <input type="checkbox"/> Úlceras |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Migrañas | <input type="checkbox"/> Enfermedades Venereas |
| <input type="checkbox"/> Adicción a Alcohol/Drogas | <input type="checkbox"/> Prolapso de la Válvula Mitral | |
| <input type="checkbox"/> Boca Seca | <input type="checkbox"/> Ortodoncia | |

¿ Necesita usted premedicación para su cita dental? Sí No

Esta usted actualmente bajo el cuidado de un médico? Sí No Si, por favor explique _____

Ha sido hospitalizado o ha necesitado cuidados de emergencia durante los ultimos dos años? Sí No
Si, por favor explique _____

Mujeres (por favor indique) embarazada tratando de quedar embarazada Dando pecho Tomando anticonceptivos

Ha estado o esta usted tomando algun antibiótico, suplementos, tabaco, alcohol, medicamento para perder peso o algun otro medicamento en los ultimos 3 meses. Medicinas de cualquier tipo - por favor haga una lista: _____

¿Esta experimentando algún problema dental? _____

¿Con qué frecuencia se cepilla los dientes? _____ ¿Uso de hilo dental? _____

¿Alguna vez ha tenido una experiencia traumática en una oficina dental? Sí No _____

¿Alguna vez ha tenido una complicación a causa de un tratamiento dental? Sí No _____

Marque los que apliquen:

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> aprieta/rechina los dientes | <input type="checkbox"/> sangramiento de encias | <input type="checkbox"/> atrapamiento de comida en los dientes |
| <input type="checkbox"/> dolor/chasquido en la mandíbula | <input type="checkbox"/> dientes sensibles | <input type="checkbox"/> mal aliento |

¿Hay algo que le gustaría cambiar en su sonrisa?

- blanqueamiento cerrar espacios enderezar los dientes reparar los dientes cambiar la forma de dientes otro: _____

Nombre de su dentista anterior: _____ Fecha de sus ultimas radiografias? _____

A lo mejor de mi conocimiento, todas las respuestas precedentes y la información proporcionada son verdaderas y correctas. Si alguna vez tengo algún cambio de mi salud, informaré al doctor en la siguiente cita sin falta.

Firma del paciente, padre o guardian legal. Fecha: _____

Doctor: _____ Fecha: _____ Presion arterial del paciente: _____