

# BIENVENIDO

Gracias por seleccionar nuestra oficina dental. Para ayudarnos a satisfacer todas sus necesidades del cuidado dental, por favor llene este formulario lo mas preciso posible. ¡Gracias!

## 1) INFORMACIÓN DE PACIENTE

Nombre completo \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Codigo Postal \_\_\_\_\_

Empleado \_\_\_\_\_ Ocupación \_\_\_\_\_

A quién podemos agradecerle por referirle \_\_\_\_\_

## 2) TELEFONO Y CORREO ELECTRÓNICO

Telefono de Casa \_\_\_\_\_ de Trabajo \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_

¿Podemos SMS confirmaciones de citas? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

Correo Electrónico \_\_\_\_\_

En caso de emergencia, con quien podemos comunicarnos?

Nombre \_\_\_\_\_ Parentesco \_\_\_\_\_

Telefono de Casa \_\_\_\_\_ Telefono de Trabajo \_\_\_\_\_

## 3) PERSONA RESPONSABLE - Quién es responsable por este paciente?

Nombre y Apellido \_\_\_\_\_ # de Seguro Social \_\_\_\_\_

Es usted \_\_\_\_\_ Soltero/a \_\_\_\_\_ Casado/a \_\_\_\_\_ Divorciado/a \_\_\_\_\_ Viudo/a \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Masculino \_\_\_\_\_ Femenino \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Codigo Postal \_\_\_\_\_

Empleado \_\_\_\_\_ Ocupación \_\_\_\_\_

Telefono de Casa \_\_\_\_\_ Telefono de Trabajo \_\_\_\_\_

## 4) INFORMACIÓN DE SEGURO DENTAL Cobertura Dental \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No

Nombre del Asegurado \_\_\_\_\_

# de Seguro Social del Asegurado \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Empleador del Asegurado \_\_\_\_\_

# de Grupo del Seguro Dental \_\_\_\_\_ # de póliza de seguro dental \_\_\_\_\_

Nombre de Compañía de Seguro \_\_\_\_\_ Numero de Compañía de Seguro \_\_\_\_\_

## 5) HISTORIA DENTAL

¿Porque usted ha venido al dentist hoy? \_\_\_\_\_

¿Usted requiere antibióticos antes de tratamiento dental?..... Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

¿Está usted actualmente en dolor?..... Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

¿Sus encías le han sangrado? ..... Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

¿A tenido dificultades asociadas con cualquier trabajo dental anteriormente? .. Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

¿Usted ha experimentado o tiene dolor en su quijada?..... Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

¿Le han quitado sus anjinas o adenoides? ..... Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

¿Se limpia los dientes con hilo dental diario? ..... Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

## 6) HISTORIAL MÉDICAL

¿Usted se considera en buenas condiciones medicas? ..... Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

¿Esta tomando algunos medicamentos? ..... Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Si contesto si, Por favor liste \_\_\_\_\_

¿Es usted alérgico/a a cualquier medicamento? ..... Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Si contesto si, Por favor liste \_\_\_\_\_

- (Mujeres) ¿Esta embarazada? Si contesto si, cuantas semanas tiene? \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No
- (Mujeres) ¿Esta amamantando?..... Sí \_\_\_\_\_ No
- (Mujeres) ¿Esta tomando control de natalidad?..... Sí \_\_\_\_\_ No
- ¿Es usted alérgico/a a la aspirina?..... Sí \_\_\_\_\_ No
- ¿Es usted alérgico/a a la codeína?..... Sí \_\_\_\_\_ No
- ¿Es usted alérgico/a a los anestésicos dentales?..... Sí \_\_\_\_\_ No
- ¿Es usted alérgico/a al erythromicina?..... Sí \_\_\_\_\_ No
- ¿Es usted alérgico/a a los productos del latex o material de goma?..... Sí \_\_\_\_\_ No
- ¿Es usted alérgico/a a los metales?..... Sí \_\_\_\_\_ No
- ¿Es usted alérgico/a a la penicilina?..... Sí \_\_\_\_\_ No
- ¿Es usted alérgico/a la tetraciclina?..... Sí \_\_\_\_\_ No
- (Mujeres Solamente)**
- ¿Esta embarazada? Si contesto si, cuantas semanas tiene? \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No
- ¿Esta amamantando?..... Sí \_\_\_\_\_ No
- ¿Esta tomando control de natalidad?..... Sí \_\_\_\_\_ No

### ¿USTED HA TENIDO UNO DE LOS PROBLEMAS MÉDICOS SIGUIENTES?

- |                            |                   |                          |                   |
|----------------------------|-------------------|--------------------------|-------------------|
| Hemorragia anormal         | _____ Sí _____ No | Hepatitis                | _____ Sí _____ No |
| Abuso de alcohol /drogas   | _____ Sí _____ No | Ulceras de Fiebre/Herpes | _____ Sí _____ No |
| Anemia                     | _____ Sí _____ No | Presión Alta             | _____ Sí _____ No |
| Artritis                   | _____ Sí _____ No | Sida                     | _____ Sí _____ No |
| Asma                       | _____ Sí _____ No | Problemas de riñon       | _____ Sí _____ No |
| Diabetes                   | _____ Sí _____ No | Presión Baja             | _____ Sí _____ No |
| Dificultades Respiratorias | _____ Sí _____ No | Marcapasos               | _____ Sí _____ No |
| Emphysema                  | _____ Sí _____ No | Fiebre reumatica         | _____ Sí _____ No |
| Epilepsia                  | _____ Sí _____ No | Ataques epilépticos      | _____ Sí _____ No |
| Desmayos                   | _____ Sí _____ No | Herpes                   | _____ Sí _____ No |
| Dolor de cabeza frecuente  | _____ Sí _____ No | Anemia de célula de hoz  | _____ Sí _____ No |
| Glaucoma                   | _____ Sí _____ No | Problemas nasals         | _____ Sí _____ No |
| Fiebre de malta            | _____ Sí _____ No | Derrame                  | _____ Sí _____ No |
| Infarto                    | _____ Sí _____ No | Problemas de la tiroide  | _____ Sí _____ No |
| Murmullo de Corazón        | _____ Sí _____ No | Tuberculosis             | _____ Sí _____ No |
| Cirugia en el Corazón      | _____ Sí _____ No | Ulcera Estomacal         | _____ Sí _____ No |
| Hemofilia                  | _____ Sí _____ No | Enfermedad Venérea       | _____ Sí _____ No |

#### 4) RECONOCIMIENTO Y AUTORIZACIÓN

Certifico que he leído y entiendo el antedicho. Reconozco que mis preguntas se han contestado verazmente y al mejor de mi conocimiento. Autorizo a personal dental a realizar cualquier servicio dental necesario que pueda necesitar durante diagnosis y el tratamiento con mi consentimiento informado.

FIRMA \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_