

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 _____