

**INFORMACIÓN SOBRE EL PACIENTE**

FECHA \_\_\_\_\_

NOMBRE \_\_\_\_\_  CASADA(O)  SOLTERA(O)  MENOR  H  M  
APELLIDO NOMBRE

# SEGURIDAD \_\_\_\_\_

DOMICILIO \_\_\_\_\_  
CALLE # APT. CIUDAD ESTADO C.P.FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_ TELEFONO \_\_\_\_\_  
MES DÍA AÑO CASA TRABAJO CELL CORREO ELECTRÓNICO

LUGAR DE EMPLEO \_\_\_\_\_ DIRECCIÓN \_\_\_\_\_

USTED ES ESTUDIANTE, NOMBRE DE ESCUELA \_\_\_\_\_ AÑO ESCOLAR \_\_\_\_\_

PERSONA RESPONSABLE POR LA CUENTA-INDIQUE:  PACIENTE  GUARDIAN  ESPOSA (O)  PADRE  MADRE**INFORMACION SOBRE EL SEGURO**SI, EL PACIENTE ES MENOR DE EDAD - DEBE DE QUE COMPLETAR LOS DOS CASILLEROS  
ADULTOS - COMPLETE EL CASILLERO CON INFORMACIÓN DE LA PERSONA ASEGURADA PRINCIPAL  
COMBERTURA DOBLE? TAMBIEN COMPLETE PARA PERSONA ASEGURADA SECUNDARIA**PERSONA ASEGURADA PRINCIPAL**Si, no tiene aseguranza.  
Complete con la información  
de la persona responsable

APELLIDO		NOMBRE	
CALLE	CIUDAD	ESTADO	C.P.
TEL. CASA	TEL. TRABAJO	CELL	CORREO ELECTRONICO
FECHA DE NACIMIENTO (MES/DIA/AÑO)		COMO RELACIONADO AL PACIENTE	
LUGAR DE EMPLEO		SEGURO DENTAL	
#SS	# SUBSCRITOR	# GRUPO	

**PERSONA ASEGURADA SECUNDARIA**

APELLIDO		NOMBRE	
CALLE	CIUDAD	ESTADO	C.P.
TEL. CASA	TEL. TRABAJO	CELL	CORREO ELECTRONICO
FECHA DE NACIMIENTO (MES/DIA/AÑO)		COMO RELACIONADO AL PACIENTE	
LUGAR DE EMPLEO		SEGURO DENTAL	
#SS	# SUBSCRITOR	# GRUPO	

**PERSONA PARA LLAMAR  
EN CASO DE EMERGENCIA**

Nombre \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_

Ciudad/Estado/C.P. \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_

**AUTORIZACION**

Con mi firma autorizo pago el directo al Consultorio de los beneficios de seguro en grupo que de otra manera se me enviarían. Entiendo que soy responsable por todos los costos del tratamiento dental. También autorizo la administración por el Consultorio tales medicamentos necesarios y la elaboración de tales procedimientos diagnósticos y terapéuticos que sean necesarios para el cuidado dentífrico apropiado. La información en esta página y las historias dental y médica son exactas, que yo sepa. Otorgo al dentista el derecho de dar estas historias y otra información a personas pagadoras u otros profesionistas médicos. Transfere electronica tambien.

X \_\_\_\_\_  
Paciente o Persona Responsable

¿Alguna vez ha venido algun miembro de su familia a nuestro consultorio?

 Si  No

¿A quién le damos las gracias por recomendarle a nuestro consultorio?

**MÉTODO DE PAGO**

La persona responsable ya tiene cuenta con esta oficina

 Si  No Pago entero a cada cita (en efectivo o cheque personal) Pago entero con tarjeta ( VISA  MC  OTRA)

Tarjeta # \_\_\_\_\_ Fecha Exp. \_\_\_\_\_

 Me gustaría discutir los arreglos financieros.**COBRO ADICIONAL**

Si no pago el saldo total dentro de \_\_\_\_\_ días después de la fecha de cuenta mensual, un cobro adicional se sumará a la cuenta por el período de la cuenta mensual. La cantidad del cobro adicional se calculará en el \_\_\_\_\_% por mes (o un cobro mínimo de \$ \_\_\_\_\_ si el saldo es menos de \$ \_\_\_\_\_) lo cual equivale al \_\_\_\_\_% al año aplicado al saldo del mes anterior. Si dejo de hacer un pago, prometo pagar cualesquier interés legal sobre el saldo, junto con los costos de colecta y el cobro razonable de un abogado en el esfuerzo de cobrar lo debido en esta cuenta y en cuentas no pagadas en el futuro.

Fecha \_\_\_\_\_ Numero de Licencia Para Manejar \_\_\_\_\_

NOMBRE Y APELLIDO DEL PACIENTE \_\_\_\_\_

FECHA \_\_\_\_\_

Razón principal de esta cita dental:  Examen  Emergencia  Consulta

**Historia Dental**

Marque un círculo

¿Tiene usted un problema dental específico? Explique. \_\_\_\_\_ Sí No
¿Consulta usted con el dentista regularmente? ¿Última consulta? \_\_\_\_\_ Sí No
¿Cree usted que tiene caries o enfermedad de las encías? \_\_\_\_\_ Sí No
¿Se lava los dientes regularmente y usa hilo dental? Explique. \_\_\_\_\_ Sí No
¿Le han sangrado las encías? Explique. \_\_\_\_\_ Sí No
¿A usted le gusta su sonrisa? ¿Por qué? \_\_\_\_\_ Sí No
¿Se le ator la comida entre los dientes? Tiene dientes sueltos? \_\_\_\_\_ Sí No
¿Quiere usted salvar la dentadura que le queda? \_\_\_\_\_ Sí No
¿A veces le molesta la coyuntura mandibular? Rechina usted los dientes? \_\_\_\_\_ Sí No
¿Siempre han sido positivas sus experiencias en el consultorio del dentista? \_\_\_\_\_ Sí No
¿Fuma o mastica el tabaco? ¿Tiene llagas o tumores en la boca? Explique. \_\_\_\_\_ Sí No
Nombre de su dentista anterior. (Opcional) \_\_\_\_\_
Fecha de la última radiografía de la boca entera (16 tomas o panorámica). \_\_\_\_\_

**Historia Médica**

¿Está Ud. bajo el cuidado de un médico ahora? ¿Por qué? ¿Quién? \_\_\_\_\_ Tel \_\_\_\_\_ Sí No
¿Alguna vez se ha hospitalizado o ha tenido una operación mayor? Explique. \_\_\_\_\_ Sí No
¿Alguna vez se ha lastimado seriamente el cuello o la cabeza? Explique. \_\_\_\_\_ Sí No
¿Está tomando medicamentos, aspirina, vitamina, herbario, pildoras, o drogas? ¿Cuales? \_\_\_\_\_ Sí No
¿Está siguiendo una dieta especial? Explique. \_\_\_\_\_ Sí No
¿Tiene alergias a cualquier medicamento o substancia? Indique abajo. \_\_\_\_\_ Sí No
 Aspirina  Penicilina  Codeína  Acrílico  Metal  Hule látex  Leche  Otro \_\_\_\_\_
MUJERES (Favor de indicar):  Embarazada/tratando de concebir  Lactando  Tomando contraceptivos orales.
Explique \_\_\_\_\_ Sí No

\*Si usted contesta "si" a cualquiera de las condiciones con estrellita en la lista abajo, favor de llamar antes de su cita ... tal vez se requiere medicamento previo.

Table with 5 columns of medical conditions and checkboxes for 'Sí' and 'No'. Conditions include: Enfermedad cardiaca/Cirugía al corazón, Susurro de corazón o defecto\*, Palpitación irregular, Angina de pecho, Ataque cardíaco, Desorden cardíaco congential\*, Prolapso válvula mitral\*, Escarlatina, Fiebre reumática\*, Válvula artificial cardiaca\*, Marcapasos cardíaco\*, Derivación de pulmone\*, Alta presión sanguínea, Baja presión sanguínea, Bacteria inflammation de corazón\*, Fiebre no explicado, Moretones salen con facilidad/, Enfermedad sanguínea, Anemia, Coronary stent\*, Desangramiento excesivo, Anemia de células falciformes, Hemofilia, Methemoglobinemia, Leucemia, Transfusión de sangre reciente, Hinchamiento de extremidades, Enfermedad pulmonar, Problemas con respirar, Respiración corta, Tos frecuente, Alergia al polen, Sinusitis, Asma, Se escupa sangre, Enfisema, Tuberculosis, Cáncer, Radiación (Rayos X), Quimoterapia, Osteoporosis, Bisphosphonates, Osteonecrosis de mandibula, Aredia i.V. Reclast i.V., Zometa i.V., Fosamax, Actonel, Boniva, Enfermedad estomacal, Úlceras, Reciente pérdida de peso, Diarrea frecuente, Diabetes, Sed excesiva, Hipoglicemia, Enfermedad del hígado, Hepatitis A (infectuosa), Hepatitis B o C, Protease Inhibitor, Se suda de noche, Ictericia amarilla, Problemos con los riñones, Diálisis renal, Enfermedad de la tiroides, Enfermedad paratiroidea, Artritis o gota, Reumas, Dolor coyuntura mandibula, Medicamento cortisona, Coyuntura artificial\*, Enfermedad sexuales, SIDA, VIH positivo, Herpes genital, Adicción a una(s) droga(s), Tattoos/Penetrante de cuerpo, Llagas en la boca, Llaga alrededor de la boca, Herpes, Embolia, Convulsiones, Epilepsia, Desmayos o vértigo, Glaucoma, Tumores, Nerviosidad, Bajo cuidado de psiquiatra, Enfermedad Alzheimer, Alergias a medicamentos, Alergias a polen o polvo, Ronchas de la piel, ¿Necesitar medicación antes?, ¿Ha tomado fen-phen?, Cochlear implants.

¿Alguna vez ha tenido enfermedad seria no indicada arriba? Explique. \_\_\_\_\_ Sí No
¿Quiere usted una consulta con el dentista en privado? \_\_\_\_\_ Sí No
Que yo sepa, todas las respuestas precedentes son verídicas. Si hay cambios en el estado de mi salud, les dejaré saber al dentista y a los representantes del consultorio.

X FIRMA DEL PACIENTE (padre o guardián) \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Revisado por el Doctor \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ BP \_\_\_\_\_ Pulso \_\_\_\_\_
Revisión de la historia y conclusiones: \_\_\_\_\_

**Actualización Médica**

Yo he leído mi HISTORIA MÉDICA fechada \_\_\_\_\_ y confirmo que la misma refleja precisamente mis condiciones anteriores y presentes.

Table with 6 columns: FECHA, EXCEPCIONES, FIRMA DEL PACIENTE, BP, PULSO, REVISADA POR. Rows for updates with 'Ninguna' checkbox and signature lines.