

BIENVENIDO

1
uno

DATOS PERSONALES

Fecha:...../...../..... Número de archivo:.....
Nombre:.....
APELLIDO NOMBRE
Apodo:..... Masculino Femenino
Fecha de Nacimiento:/...../..... Edad:.....
de Segura Social (#SS):.....
Dirección:.....
CIUDAD ESTADO CODIGO POSTAL
Teléfono Casa: (.....).
Teléfono Trabajo: (.....) Ext:.....
Teléfono Celular: (.....).
Dirección electrónica:
¿Ouién le recomendó esta oficina?
Empleador: ¿Desde Cuándo?.....
Dirección del trabajo:.....
CIUDAD ESTADO CODIGO POSTAL
Cargo:.....
Estado Civil: Menor Soltero(a) Casado(a)
 Divorciado(a) Separado Viudo(a)
Nombre de su cónyuge:
¿Tiene hijos? Sí No Cuántos?.....

3
tres

INFORMACION DE LA CUENTA

Persona responsable por la Cuenta
Nombre:.....
Parentesco:.....
Dirección:
CIUDAD ESTADO CODIGO POSTAL
de Segura Social:.....
Licencia de Conducir:.....
Teléfono del Trabajo: (.....).
Forma de Pago: Efectivo Cheque Tarjeta de Credito
...../.....
Numero de Tarjeta (En caso de ser aceptada) Fecha de Vencimiento
.....
Autorizo a que se asignen los derechos y beneficios de mi
Iniciales seguro directamente al proveedor de los servicios prestados.
Entiendo perfectamente que soy responsable por la cantidad no cubierta
por mi seguro. (si este servicio es ofrecido en esta oficina)

2
dos

INFORMACION DE SU SEGURO

Segura Dental Primario
Nombre de la compañía:.....
Dirección:
CIUDAD ESTADO CODIGO POSTAL
Teléfono: (.....).
IDN del asegurado(a):
del grupo (Plan, Local o Póliza):
Nombre del asegurado(a):.....
Parentesco:.....
Fecha de Nacimiento:...../...../.....
Empleador del asegurado(a):.....
Segura Dental Secundario
Nombre de la compañía:.....
Dirección:
CIUDAD ESTADO CODIGO POSTAL
Teléfono: (.....).
IDN del asegurado(a):
del grupo (Plan, Local o Póliza):
Nombre del asegurado(a):.....
Parentesco:.....
Fecha de Nacimiento:...../...../.....
Empleador del asegurado(a):.....

4
cuatro

EN CASO DE EMERGENCIA

Llamar a:.....
Parentesco:.....
Teléfono Casa: (.....).
Teléfono Trabajo: (.....).
Teléfono Celular: (.....).
Nombre de su Doctor:.....
Teléfono de su Doctor: (.....).

CONTINUA AL DORSO



INFORMACION ODONTOLOGICA

¿Cuál es la razón de su visita? Examen Emergencia Consulta

¿Tiene dolor? No Sí ¿Desde cuando?.....

Por favor indique si presenta alguno de los siguientes problemas:

Molestia, chasquido o dislocación de la quijada. Calza partida o perdida. Dientes manchados.

Encías enrojecidas, inflamadas o sangrantes. Crujido de los dientes. Mandíbula trabada.

Sensibilidad dental o encias. Silvido en los oídos. Mal aliento.

Ampollas o llagas dentro o alrededor de la boca. Diente partido o astillado.

Otros proble:

¿Requiere medicación previa? Sí No No sé

Odontologo anterior: Teléfono: (.....).....

NOMBRE Phone #

Ultimo examen Dental:...../...../..... Ultima radiografía Odontológica:...../...../.....

¿Cuántas veces se cepilla los dientes?..... ¿Cuántas veces utiliza hilo dental?.....

DIARIO

¿Qué tipo de cepillo dental usa? Suave Mediano Duro

¿Cómo calificaría su sonrisa 1-10? (deticiente) 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (excelente)

HISTORIA MEDICA

¿Esta Ud. tomando alguno de los siguientes medicamentos? Para el Sistema Nervioso

Calmantes para el Dolor (incluyendo aspirina) Relajantes musculares Estimulantes

Adelgazantes de la sangre Tranquilizantes Insulina Para Osteoporosis

Otros:.....

Alguna vez ha tomado: Sodio Alendronate (ej. Fosamax) Sí No Phen-fen/Redux Sí No

¿Presenta Ud. o ha presentado alguna de las siguientes enfermedades, condiciones o procedimientos médicos?

<input type="checkbox"/> S N Ataque Cardíaco / Derrame	<input type="checkbox"/> S N Problemas de la Tiroides	<input type="checkbox"/> S N Cáncer / Tumores	<input type="checkbox"/> S N Cirugía Cosmética
<input type="checkbox"/> S N Cirugía del Corazón / Marcapasos	<input type="checkbox"/> S N Problemas de los Ríñones	<input type="checkbox"/> S N Herpes (Shingles)	<input type="checkbox"/> S N Tratamiento de Rayos X o Caballo
<input type="checkbox"/> S N Soplo Cardíaco	<input type="checkbox"/> S N Problemas del Hígado	<input type="checkbox"/> S N Hepatitis	<input type="checkbox"/> S N Quimioterapia
<input type="checkbox"/> S N Fiebre Reumática	<input type="checkbox"/> S N Problemas Respiratorios	<input type="checkbox"/> S N VIH+ / SID A / ARC	<input type="checkbox"/> S N Asma
<input type="checkbox"/> S N Prolapso de la Válvula Mitral	<input type="checkbox"/> S N Problemas de Sinusitis	<input type="checkbox"/> S N Artritis / Reumatismo	<input type="checkbox"/> S N Dificultad Respiratoria
<input type="checkbox"/> S N Válvulas Artificiales	<input type="checkbox"/> S N Problemas Estomacales / Ulceras	<input type="checkbox"/> S N Huesos / Coyunturas Artificiales	<input type="checkbox"/> S N Diabetes / Hipoglicemia
<input type="checkbox"/> S N Enfermedad Cardíaca	<input type="checkbox"/> S N Problemas Psiquiátricos	<input type="checkbox"/> S N Enfisema	<input type="checkbox"/> S N Leucemia
<input type="checkbox"/> S N Defecto Cardíaco Congénito	<input type="checkbox"/> S N Enfermedad Venérea	<input type="checkbox"/> S N Desmayos Convulsiones/Epilepsia	<input type="checkbox"/> S N Anemia
<input type="checkbox"/> S N Dolores en el Pecho	<input type="checkbox"/> S N Abuso de Alcohol / Drogas	<input type="checkbox"/> S N Dolores de Cabeza frecuentes/Severos	<input type="checkbox"/> S N Presión Arterial Alta / Baja
<input type="checkbox"/> S N Fiebre Escarlata	<input type="checkbox"/> S N Tuberculosis TB	<input type="checkbox"/> S N Dolor Frecuente en el Cuello	<input type="checkbox"/> S N Trastornos Hemorrágicos
<input type="checkbox"/> S N Nerviosismo	<input type="checkbox"/> S N Disfunción / Síndrome de la articulación Temporomandibular	<input type="checkbox"/> S N Problemas de la Espalda	<input type="checkbox"/> S N Glaucoma

Por favor mencione cualquier otra cirugía o condición médica que Ud. tenga o haya tenido:.....

¿ES Ud. alérgico a alguno de los siguientes medicamentos? Latex Penicillin / Amoxicillin Tetraciclina

Aspirina Anestésicos dentales Otros:.....

¿Consume Ud. tabaco? No Sí/¿Cómo lo consume?.....¿Cuanto?.....¿Desde Cuándo?

Por favor evalúe su salud general, en escalade 1-1 0..... ¿Utiliza Ud. lentes de contacto? Sí No

Para Mujeres: ¿Esta Ud. tomando Anticonceptivos? Sí No ¿Cuántos hijos ha tenido?.....

¿Esta Ud. embarazada? No Sí/Desde Cuándo?.....¿Esta Ud. amamantando? Sí No

■ Le invitamos a aclarar cualquier inquietud relacionada con nuestro entendimiento mutuo y sincero entre el paciente y el proveedor.

■ Nuestra oficina requiere que los servicios prestados sean pagados en su totalidad al termino de la visita, a menos que se haya hecho otro acuerdo con la gerencia administrativa. Si su cuenta no ha sido pagada dentro de 90 días a partir de la fecha de su servicio, y ningún arreglo financiero se ha establecido, Ud. sera responsable por gastos legales, gastos por agencia de cobro, cargos de interes y demas gastos que se ocasionen.

■ Autorizo al personal a realizar cualquier servicio necesario durante el diagnostico y tratamiento, con el fin de procesar el seguro. Ademas autorizo al proveedor a suplir cualquier informacion requerida.

■ Tengo pleno conocimiento de la informacion anterior, y garantizo, a mi entender, que es correcta y completa. que es mi responsabilidad informar a esta oficina sobre cualquier cambio en la informacion proporcionada.

Firma..... Fecha...../...../.....

Paciente Adulto Paciente o Guardian Cónyuge

UPDATE (OFFICE USE)

...../...../.....
Initials Date

Comments

...../...../.....
Initials Date

Comments

...../...../.....
Initials Date

Comments