

Cual es la razon de su visita?(por ejemplo: dolor,examen,etc.) _____
 Nombre de dentista anterior _____ Fecha de ultima visita _____ Razon por escoger otro dentista _____

Ha tenido problemas con tratamientos dentales anteriores? _____

Siente nervios al ser atendido por un dentista? Si No

Si su respuesta es si, explique _____

Cuantas veces se lava los dientes? _____ Usa hilo dental? Si No Cuantas veces? _____

(porfavor circule solo uno)

- | | |
|--|--|
| Si no Aprieto o rechino los dientes durant el dia o cuando duermo. | Si no Mis encillas se sienten sensibles y inflamadas |
| Si no Me sangran las encillas cuando me cepillo o uso hilo dental. | Si no Tengo dificultad para comer |
| Si no Me gusta mi sonrisa. | Si no He tenido ortodoncia |
| Si no Prefiero que cubran mis caries con color natural del diente. | Si no He tenido una lastimadura en la cara y mandibula |
| Si no Evito cepillarme cierta parte de mi boca por dolor. | Si no Quiero enderesar mi dientes |
| | Si no Quiero mis dientes mas blancos |

Cuales son sus prioridades dentales? _____

(por ejemplo:aparencia,salud dental,consideracion financiera)

Historia medica del paciente

Yo considero que mi salud es: (por favor marque uno) Excelente Buena Regular Pobre

Tiene usted o ha tenido cualquier de lo siguiente? Por favor marque S para si N para no

- | | |
|--|--|
| 1. S N Enfermedad del corazon | 22. S N Enfermedad de higado |
| 2. S N Soplo de corazon/Pro-lapso de la valvula Mitral | 23. S N Ictericia |
| 3. S N Embolio | 24. S N Hepatitis Tipo _____ |
| 4. S N Enfermedad del corazon heriditarias | 25. S N Diabetes |
| 5. S N Fiebre reumatica | 26. S N Orina excesiva / sed excesiva |
| 6. S N Presion de sangre que no es normal | 27. S N Mononucleosis infeccioso/mono |
| 7. S N Anemia | 28. S N Herpes |
| 8. S N Malestar de sangrado prolongado | 29. S N Artritis |
| 9. S N Tuberculosis / enfermedad de pulmon | 30. S N Enfermedad transmitida sexual mente/enfermedad venerea |
| 10. S N Asma | 31. S N Enfermedad de rinones |
| 11. S N Fiebre del Heno | 32. S N Tumor / maligno |
| 12. S N Problemas con sinusitis | |
| 13. S N Epilepsia/convulsiones | |
| 14. S N Ulceras | |
| 15. S N Implantes artificiales coyunturas caderas/rodillas otras _____ | |
| 16. S N fumo o mastico tabaco Si la respuesta es si cuanto por dia? _____ Cuantos anos que fuma? _____ | |
| 17. S N He consumido alguna bebida alcoholica en las ultimas 24 horas. | |
| 18. S N Acostumbro tomarme un antibiotico antes de tratamiento dental. | |
| 19. S N Ha tomado usted alguna vez fen-phen o redux? | |
| 20. S N He tenido una cirugia mayor Ano _____ tipo de cirugia _____ ano _____ tipo de cirugia _____ | |
| 21. S N Tiene usted cualquier otro problema medico o historia medica no mencionada aqui? _____ | |

Notas para Doctor solamente:

34. S N Radiacion/terapia
 35. S N Historia de droga adicion
 36. S N Sida
 37. S N Desorden inmunologico
 38. S N Perdida Auditiva
 39. S N Desmayos
 40. S N Glaucoma
 41. S N Hsitoria de desordenes nerviosos/emocionales
 Mujeres
 42. S N Esta usando anticonceptivos
 43. S N Esta embarazada o esta

Es usted alergico a cualquier de lo siguiente? Por favor ponga un circulo Si o No

- Si No Aspirina
 44. Si No Ibuprofen
 45. Si No Sulfa/Sulfato/Sulfitos
 46. Si No Penicillina
 47. Si No Codeina
 48. Si No Latex,Metales,Plastico
 49. Si No Anestesia Local(Novacaina)
 50. Si No Otros medicamentos cuales? _____

Por favor enliste todos los medicamentos que actualmente esta tomando:

Medicamento _____ Condicion _____
 Medicamento _____ Condicion _____
 Medicamento _____ Condicion _____
 Medicamento _____ Condicion _____
 Nombre de Doctor _____ Num de telefono () _____
 Domicilio _____ Fax _____

En caso de una emergencia por favor de llamar

Name _____ Parentesco _____ Num de telefono () _____

Name _____ Parentesco _____ Num de telefono () _____

Salud medica y dental inicial revisado por:

x _____ / /
 Firma de Doctor Fecha

x _____ / /
 Firma de paciente Fecha

Salud medica/dental periodica revisada por:

x _____ / /
 Firma de Doctor Fecha

x _____ / /
 Si paciente menor Firma de padres Fecha

Nombre de paciente	Num de seguro social	Num de telefono ()
Domicilio	Cuidad, Estado, Zona postal	Fecha de nacimiento / /
Estado civil : <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Num de licencia de conducir y estado
Compania de seguros : Primaria	Num de grupo:	Subscrito:
Compania de seguros: Secundaria	Num de grupo:	Subscrito:
Persona Responsable		
Nombre	Num de seguro social	Num de telefono ()
Domicilio	Cuidad, Estado, Zona postal	Fecha de nacimiento / /
Estado Civil: <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Divorciado	Parentesco con el paciente:	Num de licencia de conducir y estado
Lugar de empleo	Ocupacion	Num de telefono (trabajo) ()
Domicilio de trabajo	Cuidad	Estado Zona Postal
Nombre de Esposo(a)	Num de seguro social	Fecha de nacimiento / /
Lugar de empleo de esposo(a)	Ocupacion de esposo(a)	Num de telefono de trabajo (espos)a ()
Domicilio de trabajo de esposo(a)	Cuidad	Estado Zona Postal

Como se entero de esta oficina?

(Marque solo una)

Quien selecciono esta oficina? Mismo(a) Esposo(a) Padres Empleo

Donde encontro el numero de telefono de esta oficina?

 Recomendo un amigo Paginas Amarillas Pariente Plan de seguros Cartelon
 Anuncio de radio Anuncio de T.V. Periodico Aviso por correo

Si usted fue recomendado a quien le debemos las gracias _____

CONSENTIMIENTO

Contestare todas las preguntas acerca de mi salud lo mejor de mi habilidad _____

(iniciales)

Despues de la explicacion del doctor de los procedimientos a que sere sometido, yo por medio de esta autorizo todos los procedimientos de los servicios dentales al paciente nombrado arriba y cualquier procedimiento que el doctor a su juicio determine en orden de cumplir con las necesidades dentales del paciente. Tambien autorizo el uso de cualquier anestesia y rayos x que puedan ser necesarios o el doctor estime conveniente.

*

 Firma Fecha Parentesco con el paciente

Terminos y condiciones

Esta oficina depende principalmente en cobrar al paciente por los costos incurridos en su cuidado dental. La responsabilidad financiera de cada paciente tiene que ser determinado antes del tratamiento. Como una condicion de tratamiento puesto por esta oficina yo entiendo que los arreglos de pago seran hechos por adelantado. Todo tratamiento de emergencia o cualquier tratamiento dental dado sin arreglo por adelantado tendra que pagarse ese mismo dia. Entiendo que los servicios dentales que se me ha dado son cobrados directamente a mi y yo soy responsable de pagar. Si yo muestro mi plan de seguros yo entiendo que esta oficina me ayudara llenar las formas como una cortesia para que puedan mandar cobrar a mi plan de seguros para pagar por mis servicios y seran acreditados a mi cuenta dental. Sin embargo esta oficina no atendera a nadie suponiendo que el plan de seguros pagara los honorarios. **Asignacion de plan de seguros:** Yo autorizo que mi informacion sea revelada y autorizo que mi plan de seguro pague los honorarios directamente a la oficina dental por los beneficios debidos a mi por la poliza de mi plan. Entiendo que el costo estimado alistado para el cuidado dental solo puede ser extendido por 90 dias desde el dia que fui examinado. Entiendo y estoy de acuerdo de que en el caso de que yo o esta oficina comiense cualquier procedimiento legal con respecto a cualquier cantidad de dinero que yo deba por tratamiento que yo recibi la parte ganadora sera responsable en pagar todos los gastos incurridos en dicho procedimiento legal, incluyendo los honorarios razonables de abogados. Doy permiso a esta oficina o la persona asignada para que me llamen por telefono a mi casa o a mi lugar de empleo para tratar asuntos relacionados con esta forma.