



### INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_ Inicial del Segundo Nombre: \_\_\_\_\_

Nombre Preferido: \_\_\_\_\_ Usted es el Asegurador Principal  Yes  No

A quién podemos agradecer que lo hayan recomendado a este consultorio? \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

	Numero de Telefono	Mejor Horario para llamar	(X) El numero donde puede ser mejor contactado
Numero de celular	( )		
Numero de la casa	( )		
Numero del trabajo	( )		

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Sexo:  H  M Estado Civil:  Soltero  Casado  Otro

Núm. del Seguro Social: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_ Numero:  Casa  Traba  Cell

Occupacion: \_\_\_\_\_ Empleador: \_\_\_\_\_

#### ***Persona Responsable o Asegurador Principal (si es otro que no sea el paciente)***

Nombre del Asegurado: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_ Inicial del Segundo Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono Casa: \_\_\_\_\_ Trabajo: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Núm. del Seguro Social: \_\_\_\_\_ Relacion al Paciente: \_\_\_\_\_

#### ***Historial Dental***

**Por favor responda a cada pregunta marcando con un círculo Yes o No**

Esta uds. interesada(o) en frenos? \_\_\_\_\_ Yes No

Tiene un problema dental específico o una queja principal? Descríbalo: \_\_\_\_\_ Yes No

Le hacen exámenes dentales con regularidad? Cuándo fue su última cita? \_\_\_\_\_ Yes No

Piensa que tiene caries o enfermedad de las encías? \_\_\_\_\_ Yes No

Se cepilla los dientes y usa seda dental con regularidad? Descríbalo: \_\_\_\_\_ Yes No

Le sangran las encías? Descríbalo: \_\_\_\_\_ Yes No

Le gusta su sonrisa? Por qué? \_\_\_\_\_ Yes No

Quiere conservar los dientes que le quedan? \_\_\_\_\_ Yes No

Siente que la mandíbula le truena, le suena o le molesta? Tiende a rechinar los dientes o a "moler" la mandíbula sin pensar? \_\_\_\_\_ Yes No

Ha tenido buenas experiencias en el consultorio dental? \_\_\_\_\_ Yes No

**DECLARO QUE LA INFORMACIÓN QUE PROPORCIONÉ ARRIBA ES CORRECTA Y COMPLETA**

**Firma del Paciente o Guardian:** \_\_\_\_\_ **Relacion:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_



HISTORIAL MÉDICO

NOMBRE DEL PACIENTE \_\_\_\_\_

Por favor responda a cada pregunta marcando la celda apropiada o poniendo un círculo en Yes o No

Ha esta debajo del cuidado de algun doctor? Si es si porfavor explique: \_\_\_\_\_ Yes No

Ha estado o sido hospitalizado o a tenido alguna cirujia mayor? Si es si porfavor explique: \_\_\_\_\_ Yes No

Ha tenido alguna lesion grave en la cabeza o cuello? Si es si porfavor explique: \_\_\_\_\_ Yes No

Esta tomando algun medicamento, pildoras, o drogas? Si es si porfavor explique: \_\_\_\_\_ Yes No

Ha tomado o esta tomando Phen-Fen o Redux? \_\_\_\_\_ Yes No

Usa algun tipo de Tabaco? \_\_\_\_\_ Yes No

Utiliza alguna sustacias controladas (e.g., Marijuana, cocaine)? \_\_\_\_\_ Yes No

Es portador de un marcapasos cardiaco o ha tenido cirugía del corazón? Si es si porfavor explique: \_\_\_\_\_ Yes No

Mujer: Esta Ustd Embarazada/Tratando de Embarazarse? Yes No Si es Si, Cuantos Meses? Toma pildoras anticonceptivas? Yes No

Tiene usted alergias a algunos de estos medicamentos o materiales? Porfavor circule Aspirina Penicilina Codeina Acrylic Latex Otro Si marcó Otro, por favor indique cuál:

Table with 4 columns of Yes/No checkboxes for various medical conditions like Sida, Alergias, Anemia, Angina, etc.

Paciente Es Reponsable De La Cuenta: Yo entiendo que la responsabilidad de todas los servicios dentales hechos en esta oficina para mi y mis dependientes son de mi reponsabilidad financiera. Yo autorizo que los benicicios del seguro sean pagados a esta ocicina, el grupo dental. Solo en caso de que yo haga algun arreglo especial los pagos se haran en la fecha asignada. Enel caso que el seguro no page por algunos delos servicios, yo me hago reponsable por el pago de estos servicios, ademas me hara responsable por gastos de cual quier accion legal.

Firma: \_\_\_\_\_ Relacion \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

DECLARO QUE LA INFORMACIÓN QUE PROPORCIONÉ ARRIBA ES CORRECTA Y COMPLETA
Firma del Paciente o Guardian \_\_\_\_\_ Relacion \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_