

Nos complace que nos haya elegido para cuidar de su salud dental y la de su familia

¿A quién debemos agradecer que nos haya recomendado? \_\_\_\_\_

### Información del paciente

Fecha _____	Nombre del paciente _____	Apellido _____	Primer nombre _____	Segundo nombre _____
Dirección _____	Calle _____	Ciudad _____	Estado _____	Código postal _____
Teléfono de la casa (____) _____	Teléfono del trabajo (____) _____	Núm. del seguro social _____ - _____ - _____	Núm. de la licencia de conducir _____	
Fecha de nacimiento ____/____/____	Sexo M F	Si el paciente es menor de edad, escriba el nombre de los padres o la persona responsable. _____		
Nombre del pariente más cercano que no viva con usted. _____		Parentesco _____		
Si el paciente es estudiante de tiempo completo, escriba el nombre del colegio. _____				
Dirección del colegio _____		Teléfono del colegio (____) _____		
Contacto de emergencia _____		Teléfono (____) _____		

### Información de la persona responsable de la cuenta

Nombre _____	Apellido _____	Primer nombre _____	Segundo nombre _____	Estado civil _____
Núm. del seguro social _____ - _____ - _____	Fecha de nacimiento ____/____/____	Parentesco con el paciente _____		
Dirección de la casa _____	Calle _____	Núm. del apartamento _____	Ciudad _____	Estado _____
Dirección postal _____	Calle _____	Ciudad _____	Estado _____	Código postal _____
¿Hace cuánto vive en la misma dirección? _____	Teléfono de la casa (____) _____	Teléfono del trabajo (____) _____	Núm. de fax (____) _____	
Dirección anterior ( si es menos de 3 años) _____				
Empleador _____	Ocupación _____	Número de años empleado _____		
Dirección del empleador _____				
Nombre del esposo(a) _____		Parentesco con el paciente _____		
Núm. del seguro social _____ - _____ - _____	Fecha de nacimiento ____/____/____	Teléfono del trabajo (____) _____		
Empleador _____	Ocupación _____	Número de años empleado _____		
Dirección del empleador _____				

### Información del seguro

Nombre de la persona asegurada _____	Núm. del seguro social del asegurado _____	Fecha de nacimiento del asegurado _____
Nombre de la compañía de seguros _____	Número del grupo _____	
Dirección de la compañía de seguros _____	Teléfono (____) _____	
¿Su póliza está vinculada con su sindicato? Sí ____ No ____ Nombre del sindicato _____ Número del local _____		
¿Tiene usted cobertura doble? Sí ____ No ____ Si es sí, por favor conteste la información sobre su seguro secundario.		
Nombre de la persona asegurada _____	Núm. del seguro social del asegurado _____	
Nombre de la compañía de seguros _____	Número de grupo _____	Número del local _____
Dirección de la compañía de seguros _____	Teléfono (____) _____	
Empleador del asegurado _____	Teléfono (____) _____	

### Información dental

¿Sangran sus encías cuando se cepilla? Sí ____ No ____		
¿Tiene sensibilidad al frío o al calor? Sí ____ No ____	Presión Sí ____ No ____	Dulces Sí ____ No ____
¿Aprieta o rechina los dientes? Sí ____ No ____		
¿Tiene algún temor al trabajo dental? Sí ____ No ____		
Fecha de la última visita al odontólogo _____	¿Qué tratamiento recibió? _____	
Nombre del odontólogo anterior _____	Ciudad _____	
¿Cómo describiría el problema dental que tiene en éste momento? _____		
¿Cómo se siente acerca del aspecto de sus dientes? _____		

## Información médica

1. ¿Le duele o le molesta algo en este momento? ..... Sí No
2. ¿Ha estado hospitalizado durante los dos últimos años? ..... Sí No
3. ¿Está tomando alguna medicina o drogas? ..... Sí No  
Si es así, por favor haga una lista: \_\_\_\_\_
4. A. ¿Ha estado tomando alguna medicina o droga durante los dos últimos años? ..... Sí No  
B. ¿Ha tomado alguna vez medicinas para quitar el apetito (fenluramina y fentermina) dexfenfluramina o fenfluramina? ..... Sí No
5. ¿Ha estado bajo el cuidado de un médico durante los dos últimos años o desde que toma alguna de las medicinas para quitar el apetito citadas anteriormente? ..... Sí No  
Nombre del doctor \_\_\_\_\_ Teléfono (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
Dirección \_\_\_\_\_
6. ¿Es alérgico(a) a alguna medicina o a la anestesia? ..... Sí No  
Si es así, por favor haga una lista: \_\_\_\_\_
7. Indique con un círculo alrededor de "sí o no" lo que haya tenido o tenga en éste momento.
- |                                  |    |    |   |    |    |                               |    |    |
|----------------------------------|----|----|---|----|----|-------------------------------|----|----|
| Insuficiencia cardíaca           | Sí | No | Articulación artificial (cadera, rodilla, etc.) | Sí | No | Hepatitis A (infecciosa)      | Sí | No |
| Enfermedad del corazón o infarto | Sí | No | Enfermedad de los riñones                       | Sí | No | Hepatitis B (del suero)       | Sí | No |
| Angina de pecho                  | Sí | No | Úlceras   | Sí | No | Enfermedades venéreas         | Sí | No |
| Enfermedad congénita del corazón | Sí | No | Diabetes  | Sí | No | SIDA                          | Sí | No |
| Murmullo o soplo cardíaco        | Sí | No | Problemas de la tiroides                        | Sí | No | VIH Positivo                  | Sí | No |
| Hipertensión                     | Sí | No | Glaucoma  | Sí | No | Fuegos (herpes labial)        | Sí | No |
| Arteriosclerosis                 | Sí | No | Cáncer  | Sí | No | Transfusión de sangre         | Sí | No |
| Prolapso de válvula mitral       | Sí | No | Enfisema  | Sí | No | Hemofilia                     | Sí | No |
| Válvula cardíaca artificial      | Sí | No | Tos crónica                                     | Sí | No | Anemia                        | Sí | No |
| Marcapaso cardíaco               | Sí | No | Tuberculosis                                    | Sí | No | Anemia de células falciformes | Sí | No |
| Cirugía del corazón              | Sí | No | Asma  | Sí | No | Equimosis (moretones) fáciles | Sí | No |
| Fiebre reumática                 | Sí | No | Fiebre del heno                                 | Sí | No | Enfermedad del hígado         | Sí | No |
| Artritis                         | Sí | No | Alergias o erupción en la piel                  | Sí | No | Ictericia                     | Sí | No |
| Reumatismo                       | Sí | No | Sinusitis                                       | Sí | No | Epilepsia o convulsiones      | Sí | No |
| Tratamiento con cortisona        | Sí | No | Terapia de radiación                            | Sí | No | Desmayos o mareos             | Sí | No |
| Dependencia a drogas             | Sí | No | Quimioterapia                                   | Sí | No | Nerviosismo                   | Sí | No |
| Embolia o derrame cerebral       | Sí | No | Incapacidad de desarrollo                       | Sí | No | Tumores                       | Sí | No |
| Alergia al látex                 | Sí | No | Alergia al metal (joyería, etc.)                | Sí | No |                               |    |    |
8. ¿Cuando sube escaleras o sale a caminar, tiene que descansar porque siente dolor en el pecho, falta de aliento o mucho cansancio? ..... Sí No
9. ¿Se le hinchan los tobillos durante el día? ..... Sí No
10. ¿Utiliza más de dos almohadas para dormir? ..... Sí No
11. ¿Ha rebajado o aumentado más de diez libras en el último año? ..... Sí No
12. ¿Se despierta y siente que le falta el aliento? ..... Sí No
13. ¿Está siguiendo alguna dieta especial? ..... Sí No
14. ¿Tiene o ha tenido alguna enfermedad, condición o problema que no haya sido mencionado? ..... Sí No  
Si es así, por favor haga una lista: \_\_\_\_\_

### SÓLO PARA MUJERES:

¿Está embarazada? Sí \_\_\_\_ ¿Cuántos meses tiene de embarazo? \_\_\_\_ No \_\_\_\_ ¿Está amamantando? Sí \_\_\_\_ No \_\_\_\_ ¿Está tomando píldoras anticonceptivas? Sí \_\_\_\_ No \_\_\_\_

Entiendo que toda la información que he dado es necesaria para que mi cuidado dental sea seguro y eficiente. Hasta donde sé, he contestado todas las preguntas de la manera más veraz

Firma del paciente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

### CONSENTIMIENTO:

- El suscrito autoriza al doctor para solicitar rayos x, prototipos para estudio, fotografías u otro tipo de ayuda considerada apropiada por el doctor para el diagnóstico de las necesidades dentales del paciente.
- También, autorizo al doctor para llevar a cabo todos los tratamientos recomendados acordados mutuamente y para usar las medicinas necesarias para el tratamiento de (nombre del paciente) \_\_\_\_\_. Entiendo que el uso de agentes anestésicos conlleva ciertos riesgos. Además, autorizo y consiento que el doctor elija y emplee la asistencia que considere necesaria para proveer el tratamiento adecuado.
- Entiendo que toda la responsabilidad por el pago de los servicios dentales proveídos por éste consultorio a mí o a las personas a mi cargo es mía, y el pago de los servicios prestados debe cancelarse en el momento que se presten dichos servicios a menos de haber acordado algo diferente. En caso de que los pagos no sean recibidos en la fecha acordada, entiendo que hay un cargo del 1 – 12% (aproximadamente el 18% anual) que puede ser agregado a mi cuenta, además de los cargos incurridos en el cobro de la misma.
- Entiendo que cuando sea apropiado, se pueden adquirir reportes de agencias de crédito.
- Entiendo que es mi responsabilidad informar a su personal algún cambio en la información obtenida en éste formulario.
- Autorizo el uso del número de mi seguro social para reclamar los beneficios de mi seguro dental.

Paciente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ Testigo \_\_\_\_\_

Padre o persona responsable \_\_\_\_\_ Parentesco con el paciente \_\_\_\_\_

PARA USO DEL CONSULTORIO: Revisado por el Dr. \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_