

BIENVENIDO

Los beneficios de una sonrisa feliz y saludable son infinitos. Nuestra meta es ayudarlo a alcanzar y mantener una salud oral optima. Por favor, rellene este formulario completamente. Mientras mejor nos comuniquemos, mejor podremos cuidar de Usted.

SOBRE USTED

Fecha de hoy: _____

Correo electronico: _____

Nombre: _____

Prefiero que me llamen por: _____ Hombre Mujer

Fecha de nacimiento: ___/___/___ Edad: _____

#Seguro Social: _____

Direccion de casa: _____

Soltero Casado Divorciado Viudo Seperado

Tel. Casa: (____) _____ Tel. Celular #: _____

Tel. Trabajo: (____) _____ Ext: _____

Patron: _____

¿A quien debemos agradecerle que lo refiriera?

Otros miembros de la familia atendidos por nosotros:

INFORMACION DE EMERGENCIA

Su nombre: _____

Patron: _____

Tel. Trabajo: (____) _____ Ext: _____

ASEGURANZA

Seguro Primario

¿Plan dental? Si No

Compania de suguros: _____

Direccion: _____

Telefono: (____) _____

de grupo (# de plan, local o poliza): _____

Nombre del asegurado: _____

Relacion: _____

Fecha de nac. del asegurado ___/___/___

de Seguro Social: _____

Patron del asegurado: _____

Amigo o pariente que no viva con Ud.

Tel. Trabajo: (____) _____ Tel. Casa: (____) _____

Dirección de Facturación: _____

Relacion: _____

HISTORIAL MEDICO

¿Está usted actualmente bajo el cuidado de un médico?

Si No

Explique: _____

HISTORIAL MEDICO

Su estado actual de salud es: Bueno Pasable Malo

¿Fuma Ud. o utiliza alguna forma de tabaco?

Si No

¿Le han puesto varillas de metal, tornillos o impantes?

Si No

¿Esta tomando alguna medicina con o sin receta?

Si No

Haga una lista de cada una: _____

Para mujeres: Toma Ud. pastillas anticonceptivas?

Si No

Semana #: _____

¿Ha tenido Ud. algunas de las siguientes enfermedades o problemas medicos?

Si No Sangrado anormal/Hemofilia	Si No Herpes/Ampollas de fiebre
Si No SIDA	Si No Alta presion
Si No Alcohol/abuso de drogas	Si No VIH
Si No Anemia	Si No Hospitalizacion
Si No Artritis	Si No Problems de los rinones
Si No Huesos/coyunturas/valvulas artificiales	Si No Enfermedad del higado
Si No Transfucion de sangre	Si No Beja presion
Si No Caner/Quimioterapia	Si No Lupus
Si No Colitis	Si No Prolapsia de la valvula mitral
Si No Defecto congenito del corazon	Si No Marcapasos
Si No Diabetes	Si No Problemas psiquiatricos
Si No Dificultad respiratoria	Si No Tratamiento de radiacion
Si No Emfisema	Si No Fiebre reumatica/escarlata
Si No Epilepsia	Si No Convulsiones
Si No Desmayos	Si No Varivelas adultas
Si No Dolores de cabeza frecuentes	Si No Anemia de celulas falciformes
Si No Glaucoma	Si No Problemas de sinusitis
Si No Fiebre del heno	Si No Derrame cerebral
Si No Ataque cardiaco/cirugia	Si No Problemas de la tiroide
Si No Soplo del corazon	Si No Tuberculosis (TB)
Si No Hepatitis	Si No Ulceras
	Si No Enfermedades venereas

Haga una lista de cualquier condicion medica seria que tenga/haya tenido:

Es Ud. alergico a cualquiera de las siguientes cosas?

Si No Aspirina	Si No Eritromicina	Si No Penicilina
Si No Codeina	Si No Joyas/metales	Si No Tetraciclina
Si No Anesteticos dentales	Si No Latex	Si No Otro

Haga una lista de cualquier otra medicina/material al que sea alergico: _____

HISTORIAL DENTAL

¿Por que vino al dentista hoy? _____

¿Requiere Ud. de antibioticos entes del tratamiento dental? Si No

¿Sufre de dolor en este momento?

Si No

¿Ha tenido Ud. problemas serios/complicaciones asociadas con tradajos dentales previos?

Si No

¿Ha tenido tratamiento para las encías?

Si No

¿Ha sifrado Ud. alguna vez de sensibilidad en las coyunturas de la mandiubula (TMJ/TMD)?

Si No

Su estado actual de salud es: Bueno Pasable Malo

¿Son sus dientes sensibles al calor, frio u otra cosa?

Certifico que la informacion que he proporcionado es hasta donde yo se correcta. Tambien entiendo que esta informacion se mantendra en la mas estricta confidencialidad y que es mi responsabilidad informarle a esta oficina de cualquier cambio en mi estado medico. Autorizo al personal dental a llevar a cado cualquier servicio dental que sea necesario durante el diagnostico y tratamiento, con mi consentimiento.

Firma

Fecha

El pago es debido en su totalidad al momento del tratamiento a menos que hayan sido aprobados los acuerdos anteriores.

Si esta oficina acepta el seguro, yo entiendo que soy responsable por el pago de los servicios prestados, así como el responsable de pagar cualquier co-pago y deducibles que mi seguro no cubre. Por la presente autorizo el pago directamente a la oficina dental de los beneficios de seguro de grupo de otro modo pagadero a mí. Yo entiendo que soy responsable de todos los costos del tratamiento dental. Autorizo la entrega de cualquier información, incluyendo el diagnóstico y registros de tratamiento o examen rendido, a mi compañía de seguros.

Firma

Fecha