

I. INFORMACION DEL PACIENTE

FAVOR DE INDICAR	
CASADO	<input type="checkbox"/>
SOLTERO	<input type="checkbox"/>
DIVORCIADO	<input type="checkbox"/>
VIUDO	<input type="checkbox"/>
NIÑO	<input type="checkbox"/>

¿COMO SE ENTERO DE NUESTRA OFICINA?

SR. SRA. SRITA.	APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
-----------------------	----------	---------------	----------------

DIRECCION _____

CIUDAD	ZONA POSTAL
--------	-------------

TELEFONO EN CASA () () ()	TELEFONO CELULAR () () ()	TELEFONO DEL TRABAJO () () ()
---------------------------------	---------------------------------	-------------------------------------

FECHA DE NACIMIENTO	EDAD	S.S #
---------------------	------	-------

NUMERO DE LICENCIA	MARQUE X FAVOR HOMBRE / MUJER	CUANTO TIEMPO EMPLEADO?
--------------------	----------------------------------	-------------------------

COMPANIA DONDE TRABAJA	OCUPACION
------------------------	-----------

DIRECCION DEL EMPLEADOR	CIUDAD	ZONA POSTAL
-------------------------	--------	-------------

AMIGO	RELACION RELATIVA QUE NO VIVA CON UD.	TELEFONO #
-------	---------------------------------------	------------

PARENTESCO AL PACIENTE:

PADRE: GUARDIAN LEGAL PADASTRO OTRO _____

II. INFORMACION DEL SEGURO PADRE/PERSONA RESPONSABLE

ASEGURADO PRINCIPAL

SR. SRA. SRITA.	APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
-----------------------	----------	---------------	----------------

NO DEL SEGURO SOCIAL DEL ASEGURADO	COMPANIA DONDE TRABAJA
------------------------------------	------------------------

LIC. DE MANEJAR DEL ASEGURADO	DIRECCION DEL EMPLEO / CIUDAD / ESTADO
-------------------------------	--

NOMBRE DEL SEGURO	TELEFONO DEL EMPLEO () () ()	CUANDO COMENZO A TRABAJAR
-------------------	------------------------------------	---------------------------

NUMERO DEL PLAN/GRUPO	NUMERO DEL LOCAL	NO. DE POLIZA o MEDI-CAL I.D.
-----------------------	------------------	-------------------------------

III. INFORMACION DEL SEGUNDO SEGURO

(Llene solo si usted o su conyuge tiene otro seguro dental)

FAVOR DE INDICAR	
MASCULINO	<input type="checkbox"/>
FEMENINO	<input type="checkbox"/>

ASEGURADO SECUNDARIO

SR. SRA. SRITA.	APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
-----------------------	----------	---------------	----------------

NO DEL SEGURO SOCIAL DEL ASEGURADO	COMPANIA DONDE TRABAJA
------------------------------------	------------------------

LIC. DE MANEJAR DEL ASEGURADO	DIRECCION DEL EMPLEO / CIUDAD / ESTADO
-------------------------------	--

NOMBRE DEL SEGURO	TELEFONO DEL EMPLEO () () ()	CUANDO COMENZO A TRABAJAR
-------------------	------------------------------------	---------------------------

NUMERO DEL PLAN/GRUPO	NUMERO DEL LOCAL	NO. DE POLIZA o MEDI-CAL I.D.
-----------------------	------------------	-------------------------------

IV. INFORMACION GENERAL DE SALUD

- ¿Está bajo el cuidado de algún médico ahora? SI NO Favor de explicar _____
Nombre y teléfono de su médico _____
- ¿Tiene alergia a penicilina, codeína, anestesia local, calmantes o cualquier otra droga o medicina? _____
- ¿Está tomando alguna medicina ahora? SI NO Favor de explicar _____
- (Damas) ¿Está embarazada? SI NO ¿Cuántos meses? _____
- ¿Usa bisfosfonate (Boniva /Fosamax/Reelast)? SI NO
- ¿Tiene ud. implantes o prótesis? SI NO
- ¿ESTA USTED BAJO TRATAMIENTO DE DIALISIS? SI NO
- Favor de indicar cualquier condición que tiene ahora o ha tenido, e indique si es activo o pasivo:

- | | | | |
|---|---|---|---|
| AIDS (SIDA) _____ <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | DIABETES _____ <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | TUBO DE PASO CARDIACO _____ <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | BAJA PRESION _____ <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| ALERGIAS _____ <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | MAREOS _____ <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | MURMULLO CARDIACO _____ <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | ENFERMEDAD PULMONAR _____ <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| ANEMIA _____ <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | ENFISEMA _____ <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | PROBLEMAS CARDIACOS _____ <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | FIEBRE REUMATICA _____ <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| ANGINA _____ <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | EPILEPSIA _____ <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | HEPATITIS _____ <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | SINUSITIS _____ <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| ARTRITIS _____ <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | DESMAYOS _____ <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | ALTA PRESION _____ <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | PARALISIS _____ <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| ASMA _____ <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | FUEGOS EN LA BOCA _____ <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | ICTERICIA _____ <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | PROBLEMAS DE TIROIDES _____ <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| CANCER _____ <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | GLAUCOMA _____ <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | ENFERMEDAD RENAL _____ <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | TUBERCULOSIS _____ <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| ATAQUE CARDIACO _____ <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | PROBLEMA DEL HIGADO _____ <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | ENFERMEDAD VENERIA _____ <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | |

V. INFORMACION DENTAL

- ¿Por qué esta aquí hoy? Chequeo Limpieza Dolor Otro _____
- ¿Cuando fue la última vez que vio al dentista _____
- ¿Que le hicieron? _____
- ¿Terminó su tratamiento? SI NO 5. ¿Limpiaron sus dientes? SI NO
- ¿Cuando fue la última vez que le tomaron radiografías dentales? _____
- ¿Ha sangrado prolongadamente alguna vez? SI NO
- ¿Ha tenido problemas con otro trabajo dental? SI NO Favor de explicar _____
- ¿Sangran fácilmente sus encías? SI NO 10. ¿Siente que tiene mal aliento? SI NO
- ¿Tienen sus dientes sensibilidad al frío o al calor SI NO 12. ¿Es alérgico(a) de látex? SI NO 13.- ¿Ha tomado phen phen? SI NO

He llenado por completo este cuestionario y les he avisado de todos mis problemas médicos. Entiendo que cada dentista es un practicante individual y se hace responsable de manera individual por el cuidado dental prestado. También entiendo que ningún otro dentista aparte del dentista que me trata. Entiendo que soy responsable por el costo de mi trabajo dental. Estoy de acuerdo en pagar por cualquier trabajo dental realizado en esta oficina, si por cualquier razón mi aseguradora se niega a pagar la cobertura dental y notificare a esta oficina cualquier cambio registrado en mi aseguradora. Si por fallas acerca del acuerdo de mi parte se necesitara acción legal, debo asumir toda responsabilidad por interés principal y razonables costos de abogado.

FECHA _____

FIRMA DEL PACIENTE O PERSONA RESPONSABLE _____

Me han presentado mi tratamiento dental y posibles alternativas. Me han informado de todos los riesgos involucrados en mi tratamiento dental y anestesia, incluyendo la posible pérdida de sangre y la infección. Doy mi consentimiento para la administración de anestesia y los tratamientos dentales indicados por el doctor diagnosticante

FIRMA DEL DOCTOR _____

FECHA _____

FIRMA DEL PACIENTE O PERSONA RESPONSABLE _____

FECHA _____