

# BIENVENIDO

Nos complace en darle la bienvenida a nuestro consultorio. Por favor tome unos minutos para llenar éste formulario lo mejor que pueda. Nos complacerá ayudarle si tiene usted alguna pregunta. Nos entusiasma el trabajar con usted en el mantenimiento de su salud dental.

## INFORMACION DEL PACIENTE

Nombre \_\_\_\_\_ No. Seguro Social \_\_\_\_\_  
*Apellido Primer Nombre Inicial*  
Domicilio \_\_\_\_\_  
Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_ Tel de Casa \_\_\_\_\_  
Cel \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_  
Sexo ☐ M ☐ F Edad \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ ☐ Soltero/a ☐ Casado/a ☐ Viudo/a ☐ Separado/a ☐ Divorciado/a  
Paciente trabaja para \_\_\_\_\_ Ocupación \_\_\_\_\_  
Domicilio del Trabajo \_\_\_\_\_ Tel del Trabajo \_\_\_\_\_  
Email del Trabajo \_\_\_\_\_  
¿A quien podemos agradecer por su referencia? \_\_\_\_\_  
Notifique en caso de emergencia \_\_\_\_\_ Tel de Casa \_\_\_\_\_  
Cel \_\_\_\_\_ Tel de Trabajo \_\_\_\_\_  
Email del Trabajo \_\_\_\_\_

## SEGURO PRIMARIO

Persona responsable por la cuenta \_\_\_\_\_  
*Apellido Primer Nombre Inicial*  
Relación con el paciente \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ No. Seguro Social \_\_\_\_\_  
Domicilio (si es diferente a la del paciente) \_\_\_\_\_ Tel de Casa \_\_\_\_\_  
Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_  
Cel \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_  
La persona responsable trabaja para \_\_\_\_\_ Ocupación \_\_\_\_\_  
Domicilio del trabajo \_\_\_\_\_ Tel del trabajo \_\_\_\_\_  
Email del trabajo \_\_\_\_\_  
Compania de seguro \_\_\_\_\_ Tel \_\_\_\_\_  
Email \_\_\_\_\_  
No. de Contrato \_\_\_\_\_ No. de grupo \_\_\_\_\_ No. de suscripción \_\_\_\_\_  
Nombre de otros dependientes bajo éste plan \_\_\_\_\_

## SEGURO ADICIONAL

¿Está el paciente cubierto por un seguro adicional? ☐ Si ☐ No  
Persona Inscrita \_\_\_\_\_ Relación con el paciente \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_  
Domicilio (si es diferente a la del paciente) \_\_\_\_\_ No. de Seguro Social \_\_\_\_\_  
Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_ Tel de casa \_\_\_\_\_  
Cel \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_  
Persona inscrita trabaja para \_\_\_\_\_ Tel del trabajo \_\_\_\_\_  
Email del trabajo \_\_\_\_\_  
Compania de seguro \_\_\_\_\_ Tel \_\_\_\_\_  
Email \_\_\_\_\_  
No. de contrato \_\_\_\_\_ No. de grupo \_\_\_\_\_ No. de suscripción \_\_\_\_\_  
Nombre de otros dependientes bajo éste plan \_\_\_\_\_

Favor de llenar ambos lados



## HISTORIAL DENTAL

¿Qué le gustaría que hicieramos hoy? \_\_\_\_\_

¿Tiene usted alguna incomodidad dental el día de hoy? \_\_\_\_\_

Dentista anterior \_\_\_\_\_ Domicilio \_\_\_\_\_

Email del Dentista \_\_\_\_\_ Tel \_\_\_\_\_

Fecha del último cuidado dental \_\_\_\_\_ Fecha de las últimas radiografías \_\_\_\_\_

Marque con una palomita (✓) sí o no si a tenido alguno de los siguientes problemas:

- |                                                                                            |                                                                                          |                                                                                 |                                                                                    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Mal aliento                        | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Comida entre los dientes         | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Tratamiento periodontal | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Sensibilidad a lo dulce    |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Sangrado de las encías             | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Rechinado de dientes             | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Sensibilidad a lo frío  | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Sensibilidad al mordido    |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No La mandíbula se salta o hace ruido | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Dientes sueltos o rellenos rotos | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Sensibilidad al calor   | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Úlcera o brotes en la boca |

¿Qué tan seguido se cepilla? \_\_\_\_\_ ¿Que tan seguido usa el hilo dental? \_\_\_\_\_

¿Cómo se siente sobre la apariencia de sus dientes? \_\_\_\_\_

¿Alguna vez a experimentado una reacción adversa durante o en conjunto con un medicamento o procedimiento dental? ☐ Sí ☐ No

Otra información sobre su salud dental o tratamiento previo \_\_\_\_\_

## HISTORIAL MEDICO

Nombre del doctor \_\_\_\_\_ Tel \_\_\_\_\_

Fecha de la última visita \_\_\_\_\_ ¿A tenido alguna enfermedad o operación seria? ☐ Sí ☐ No

Si sí, describa \_\_\_\_\_

¿Está usted actualmente bajo cuidado médico? ☐ Sí ☐ No Si sí, describa \_\_\_\_\_

¿Alguna vez a tenido una transfusión de sangre? ☐ Sí ☐ No Si sí, dé las fechas aproximadas \_\_\_\_\_

¿Alguna vez a tomado Fen-Phen/Redux? ☐ Sí ☐ No

¿Alguna vez usted a usado el medicamento bisfosfonato? Las marcas reconocidas incluyen Fosamax, Actonel, Atelvia, Didronel y Boniva. ☐ Sí ☐ No

Mujeres: ¿Está usted embarazada? ☐ Sí ☐ No ¿Está usted amamantando? ☐ Sí ☐ No

¿Está usted tomando pildoras anticonceptivas? ☐ Sí ☐ No

Marque con una palomita (✓) si alguna vez a tenido alguna de las siguientes condiciones:

- |                                                                                           |                                                                                      |                                                                                                              |                                                                                                  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No SIDA, VIH positivo                | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Tos persistence              | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Enfermedad o padecimiento del riñon                  | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Culebrilla o herpes zoster               |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Anafilaxis                        | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Tos con sangre               | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Enfermedad del hígado                                | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Falta de aliento                         |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Anemia                            | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Diabetes                     | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Alergias a materiales (latex, lana, metal, químicos) | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Salpullido en la piel                    |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Artritis, reumatismo              | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Epilepsia                    | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Prolapso de la válvula mitral                        | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Espina bifida                            |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Válvulas artificiales del corazón | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Desmayos                     | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Problema de los nervios                              | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Embolia                                  |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Articulaciones artificiales       | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Alergia a un tipo de comida  | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Operación del corazón/marcapasos                     | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Implantes quirúrgicos                    |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Asma                              | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Glaucoma                     | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Cuidado psiquiatrico                                 | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Inflamación de los pies y tobillos       |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Atópico (Propenso a las alergias) | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Dolor de cabeza              | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Rápida perdida y ganancia de peso                    | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Enfermedad o padecimiento de la tiroides |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Problemas de la espalda           | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Irregularidad cardiaca       | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Tratamiento de radiación                             | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Hábitos al tabaco                        |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Enfermedades de la sangre         | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Problemas del corazón        | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Enfermedades respiratorias                           | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Amigdalitis                              |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Cáncer                            | Describe _____                                                                       | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Fiebre reumática                                     | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Tuberculosis                             |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Dependencia química               | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Hemofilia/Hemorragia anormal |                                                                                                              | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Úlcera/colitis                           |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Quimioterapia                     | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Herpes                       |                                                                                                              | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Enfermedades venerias                    |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Problemas de circulación          | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Hepatitis                    |                                                                                                              |                                                                                                  |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Tratamientos de cortisona         | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Alta presión                 |                                                                                                              |                                                                                                  |
|                                                                                           | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Dolor en la mandíbula        |                                                                                                              |                                                                                                  |

¿Está el paciente actualmente tomando algún medicamento? \_\_\_\_\_ ¿Tiene el paciente alergia a algún medicamento? \_\_\_\_\_

Si sí, enlistelos todos: \_\_\_\_\_ Si sí, enlistelos todos: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## AUTORIZACION

He revisado la información en éste cuestionario y es precisa según mi conocimiento. Entiendo que ésta información será utilizada por el dentista para ayudar a determinar un tratamiento dental apropiado y saludable. Si hay algún cambio en mi estatus médico, se lo informaré al dentista.

Autorizo a la compañía de seguros indicada en éste formulario a pagar al dentista todos los beneficios asegurados por los servicios prestados que de otra manera fueran pagaderos a mi. Autorizo el uso de ésta firma en todos los peticiones al seguro.

Autorizo al dentista a revelar toda información necesaria para asegurar el pago de los beneficios. Entiendo que soy económicamente responsable por todos los cargos ya sean o no pagados por el seguro.

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**El pago debe hacerse en su totalidad a la hora del tratamiento al menos que se hayan aprobado arreglos con anterioridad.**