



Bienvenidos

Nos complace dar la bienvenida a usted ya su familia a nuestra oficina. Por favor, tómese unos minutos para llenar este formulario lo más completo posible. Si tiene alguna duda estaremos encantados de ayudarle. Esperamos con interés trabajar con usted en el mantenimiento de su salud y dental de su hijo.

1. INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha _____ ID del Paciente _____

Nombre del Paciente _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Sexo: M F Edad _____ Fecha de Nacimiento _____ SS# _____

Teléfono de la casa () _____ Teléfono del Trabajo () _____

Teléfono celular () _____ Email _____

Mejor momento o lugar para conseguirle _____

En caso de emergencia, contacte (Especifique a alguien que no viva con usted)

Nombre _____ Relación _____

Teléfono de la casa () _____ Teléfono del Trabajo () _____

Teléfono celular () _____ Email _____

2. HISTORIA DENTAL

Por favor marque "SI" o "NO" para indicar si tiene uno de los siguientes;

		SI	NO		SI	NO
Razón por la visita de hoy	Mal aliento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Se muerde los labios o las mejillas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Sangrado de las encías	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dientes sueltos o rellenos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dentista anterior	Ampollas en los labios o boca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Respira por la boca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	sensación de ardor en la lengua	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor en la boca al cepillar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ciudad/estado	mastica en un solo lado de la boca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tratamiento de Ortodoncia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	usted fuma cigarillo, pipa o cigarro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor alrededor de la oreja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fecha de la última visita	clics o crujidos de la mandíbula	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tratamiento periodontal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	boca seca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sensibilidad al frío	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fecha de la última radiografía	Se muerde las uñas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sensibilidad al calor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Se le acumula comida en los dientes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sensibilidad a los dulces	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Objetos extraños	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sensibilidad al morder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Rechinar los dientes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Llagas o bultos en la boca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Encías hinchadas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Cuántas veces usa el hilo dental? _____		
	Dolor en la mandíbula	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Cuántas veces se cepilla? _____		

3. HISTORIA MEDICA

Por favor marque "SI" o "NO" para indicar si tiene uno de los siguientes;

¿Está usted bajo cuidado medico? En caso afirmativo explique: _____

¿Alguna vez ha sido hospitalizado o ha tenido una operación mayor? En caso afirmativo explique: _____

¿Alguna vez has tenido un grave lesión en la cabeza o en el cuello? En caso afirmativo explique: _____

¿Está tomando algún medicamento, pastillas o drogas? En caso afirmativo explique: _____

¿Toma o ha tomado fen-phen o Redux? _____

¿Está usted en una dieta especial? _____

¿Utiliza tabaco? _____

¿Utiliza sustancias controladas? _____

Mujeres: ¿Está usted? _____

¿Está usted embarazada / Tratando de quedar embarazada? ¿Lacta?

¿Toma anticonceptivos orales?

- ¿Es usted alérgico a cualquiera de los siguientes? Aspirina Penicilina Codeína acrílico Metal látex Anestésicos locales
- Otros, En caso afirmativo explique: _____

4. HISTORIA CLÍNICA

Por favor marque "SI" o "NO" para indicar si tiene uno de los siguientes;

Nombre del Médico _____ Fecha de la última visita _____

¿Alguna vez ha tomado alguna de la clase de drogas denominadas colectivamente como "fen-phen"? Éstos incluyen combinaciones de Ionamin, Adipex, Fastin (nombres de marca de fentermina), Pondimin (fenfluramina) y Redux (dexfenfluramina).

	SI	NO		SI	NO		SI	NO
Sida/HIV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Epilepsia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tratamiento de radiación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Desmayos o mareos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad respiratoria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Artritis Reumatoidea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Glaucoma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fiebre reumatica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Válvulas del corazón artificiales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolores de cabeza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Falta de aliento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Articulaciones artificiales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Soplo Cardíaco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas nasales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problema del corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Erupciones en la piel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problema de la espalda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tipo de Hepatitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dieta especial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sangrado anormal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Herpes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ataque fulminante (masivo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedad de la sangre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Presión sanguínea alta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hinchazón de los pies o tobillos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cáncer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ictericia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hinchazón del cuello o glandulas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dependencia química	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor de la mandíbula	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problema de tiroides	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Quimioterapia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad renal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Amigdalitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problema circulatorios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad hepática	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tuberculosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lesiones congénitas del corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Presión sanguínea baja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tumor en la cabeza o cuello	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tratamiento de cortisona	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Prolapso de la válvula mitral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Úlcera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tos persistente o con sangre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problema de los nervios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedades Venéreas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Marcapasos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Perdida de peso sin explicación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfisema	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Atención psiquiátrica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

5. AUTORIZACIÓN

Certifico que yo y / o mis dependientes, tienen cobertura de seguro con _____ y asignar directamente al Dr. _____ todos los beneficios del seguro, si los hubiere, que mi seguro pague por los servicios prestados. Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos sean o no pagados por el seguro. Yo autorizo el uso de mi firma en todas las sumisiones del seguro.

El dentista antes mencionado puede usar mi información de atención médica y puede divulgar dicha información a la compañía de seguros antes mencionado y sus agentes con el fin de obtener el pago por los servicios y la determinación de los beneficios del seguro o los beneficios pagaderos por servicios relacionados. Este contenido se acabará cuando mi plan de tratamiento actual se complete o un año desde la fecha de la firma a continuación.

Firma del paciente, padre, guardian o representante personal

Fecha

Nombre del paciente, padre, guardian o representante personal

Relación con el paciente