

# Información del Paciente

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_  
Primer nombre Segundo Apellido

Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Zip \_\_\_\_\_

Teléfono casa \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_ Fecha Nacimiento \_\_\_\_\_

Correo electrónico \_\_\_\_\_ #Seguridad Social \_\_\_\_\_

Escoja lo apropiado  Menor  Soltero(a)  Casado(a)  Divorciado(a)  Viudo(a)  Separado(a)

Empleador del paciente o del representante \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo \_\_\_\_\_

Dirección del Trabajo \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Zip \_\_\_\_\_

Nombre del cónyuge o representante \_\_\_\_\_ Empleador \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo \_\_\_\_\_

A quien agradecer por referirlo \_\_\_\_\_

A quien contactar en caso de emergencia \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

## Persona Responsable del Pago

Nombre de la persona responsable de esta cuenta \_\_\_\_\_ Relación con el Paciente \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Licencia de Conducir# \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Seguridad Social # \_\_\_\_\_

Correo Electrónico \_\_\_\_\_

Empleador \_\_\_\_\_ Teléfono del Trabajo \_\_\_\_\_

Es esta persona paciente de esta oficina  Si  No

## Información del Seguro Dental

Nombre del asegurado \_\_\_\_\_ Relación con el Paciente \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Seguridad Social # \_\_\_\_\_ Fecha de empleo \_\_\_\_\_

Nombre del empleador \_\_\_\_\_ # de Union o Local \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo \_\_\_\_\_

Dirección del Empleo \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Zip \_\_\_\_\_

Compañía Aseguradora \_\_\_\_\_ Tel. # \_\_\_\_\_ # de grupo \_\_\_\_\_ Poliza o # \_\_\_\_\_

De cuanto es su deducible \_\_\_\_\_ Cuanto ha usado? \_\_\_\_\_ Máximo beneficio Anual \_\_\_\_\_

Tiene seguro adicional?  Si  No Si tiene seguro adicional complete lo siguiente:

Nombre del Asegurado \_\_\_\_\_ Seguridad Social# \_\_\_\_\_ Fecha de Empleo \_\_\_\_\_

Nombre del Empleador \_\_\_\_\_ # de Union o Local \_\_\_\_\_ Teléfono del Trabajo \_\_\_\_\_

Dirección del Empleador \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Zip \_\_\_\_\_

Compañía de Seguro \_\_\_\_\_ Tel. # \_\_\_\_\_ Grp. # \_\_\_\_\_ Poliza # \_\_\_\_\_

Dirección compañía de seguro \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado. \_\_\_\_\_ Zip \_\_\_\_\_

Cuanto es su deducible \_\_\_\_\_ Cuanto ha usado \_\_\_\_\_ Máximo beneficio Anual \_\_\_\_\_

**X** \_\_\_\_\_  
Firma del Paciente (o representante, si es menor)

\_\_\_\_\_  
Numero del Paciente

## HISTORIA MEDICA

Nombre de su Médico \_\_\_\_\_ Fecha de última visita \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_

Marque con un círculo Si o No (si la respuesta es si, por favor explique)

Si No Está tomando alguna medicina? \_\_\_\_\_  
Si No Es alergico(a) a alguna medicina? \_\_\_\_\_  
Si No Ha tenido alguna enfermedad grave? \_\_\_\_\_  
Si No Ha tenido alguna operación? \_\_\_\_\_  
Si No Ha tenido algún accidente grave? \_\_\_\_\_  
Si No Ha visto a un médico en los últimos 12 meses? Por que? \_\_\_\_\_  
Si No Esta embarazada? Fecha probable de parto? \_\_\_\_\_  
Si No Usa algun tipo de tabaco? Cuanto fuma diario? \_\_\_\_\_

A continuación marque con un círculo cualquier condición médica que usted tenga o haya tenido:

Sangramiento anormal/Hemofilia	Diabetes	Hepatitis	Neumonía
Anemia	Mareos	Herpes	Sangramiento Prolongado
Artritis	Epilepsia	Presión arterial alta	Radiación/Quimioterapia
Asma o Fiebre del heno	Desordenes Gastrointestinales	HIV / Sida	Fiebre Reumática
Desordenes Óseos	Problemas del corazón	Problemas de riñones	Tuberculosis
Defectos Congénitos del corazón	Soplo cardíaco	Desórdenes Nerviosos	Tumores o Cancer
Alergias	Sinusitis	Prótesis de cadera	Marcapasos
Prolapso de la válvula Mitral	Dependencia a drogas		

Tiene alguna condición médica no discutida aquí que ud considere que debemos conocer? \_\_\_\_\_

## HISTORIA DENTAL

Nombre de su dentista general \_\_\_\_\_ Fecha de su última visita al dentista \_\_\_\_\_

Que lo preocupa más acerca de sus dientes? \_\_\_\_\_

Si No Tiene algún dolor bucal en este momento? \_\_\_\_\_  
Si No Ha experimentado alguna reacción desfavorable a tratamientos dentales? \_\_\_\_\_  
Si No Ha perdido algún diente o se le ha fracturado? \_\_\_\_\_  
Si No Ha sufrido alguna lesión en la cara, dientes o boca? \_\_\_\_\_  
Si No Hay alguna área de su boca sensible al frío o calor? Qué área? \_\_\_\_\_  
Si No Hay algún área de su boca sensible a la presión? Qué área? \_\_\_\_\_  
Si No Le sangra la encia cuando se cepilla los dientes? \_\_\_\_\_  
Si No Tiene algún hábito de chupar dedo o de presionar los dientes con su lengua? \_\_\_\_\_  
Si No Tiene el hábito de respirar por su boca? \_\_\_\_\_  
Si No Ha tenido tratamiento de ortodoncia? Si es así, cuando y por cuanto tiempo? \_\_\_\_\_  
Si No Siente tensión o cansancio en sus dientes y/o articulación cuando se despierta en la mañana? \_\_\_\_\_  
Si No Se ha dado cuenta si aprieta los dientes durante el día? \_\_\_\_\_  
Si No Le han dicho alguna vez que rechina los dientes? \_\_\_\_\_  
Si No Sufre de Jaquecas o migrañas? \_\_\_\_\_  
Si No Ha tenido problemas periodontales? \_\_\_\_\_  
Si No Hay historia de pérdida de dientes en su familia? \_\_\_\_\_

Que tan frecuentemente visita a su dentista general? \_\_\_\_\_

Cuando fue su última limpieza dental? \_\_\_\_\_

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