

Bienvenido

El privilegio de una sonrisa alegre, saludable es infinito. Nuestro objetivo es ayudarlo a lograr y mantener una salud oral óptima. Por favor, sírvase llenar a cabalidad el siguiente cuestionario. Recuerde que establecer una buena comunicación influye en que usted reciba un buen servicio.

Uno

INFORMACION PERSONAL

Fecha: _____

Nombre: _____
Apellido Nombre(s) Apodo. Sob. o. de B.
 Hombre Mujer

Preferido ser llamado: _____

Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Edad: ____ Num. SS: _____

Dirección Residencia: _____
Calle No. y Ap. Ciudad Estado Código Postal

Estado Civil: _____
 Soltero(a) Casado(a) Viudo(a) Separado(a) Divorciado(a)

Tel. Casa: _____

Casa: _____ Otro Núm.: _____

Tel. Trabajo: _____ Ext. _____ Núm. Lic.: _____

Nombre del Patrono: _____

Dirección del Patrono: _____

Horario de Permanencia: _____ Ocupación: _____

Indíqueme cuándo y cuánto es el tiempo más conveniente para hablar con usted.

Indíqueme por qué fue referido como proceder a darte los gracias.

Mencione nombre de otros miembros de su familia atendidos por nosotros:

Nombre de su dentista anterior/actual: _____
Municipio y Estado

Fecha de su última visita: _____

Dos

INFORMACION DEL CONYUGE

Nombre: _____

Nombre del Patrono: _____

Num. de Teléfono del Trabajo: _____ Ext. _____ Num. SS: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Núm. Lic.: _____

Persona Responsable de esta Cuenta: _____

Num. de Teléfono del Trabajo: _____ Ext. _____ Num. SS: _____

Invierte Cuenta a esta Dirección: _____

Relación: _____ Num. SS: _____

Nombre del Patrono: _____ Núm. Lic.: _____

Tres

SEGURO DENTAL PRIMARIO

Nombre de la Compañía Aseguradora: _____

Dirección de la Compañía Aseguradora: _____

Num. de Teléfono de la Compañía Aseguradora: _____

Num. de Grupo (Plan, Local o Póliza Num.): _____

Nombre del Asegurado: _____ Relación: _____

Fecha de Nacimiento del Asegurado: ____/____/____

Num. SS del Asegurado: _____

Nombre del Patrono del Asegurado: _____

Cuatro

SEGURO DENTAL SECUNDARIO

Nombre de la Compañía Aseguradora: _____

Dirección de la Compañía Aseguradora: _____

Num. de Teléfono de la Compañía Aseguradora: _____

Num. de Grupo (Plan o Num. de Póliza): _____

Nombre del Asegurado: _____ Relación: _____

Fecha de Nacimiento del Asegurado: ____/____/____

Num. SS del Asegurado: _____

Nombre del Patrono del Asegurado: _____

**En caso de una emergencia
¿hay alguna persona cercana a usted a
quien nos podamos dirigir?**

Nombre: _____ Relación: _____

Num. Teléfono: _____
CASA CASERO

Cinco

HISTORIAL MEDICO

¿Tiene Usted un médico? Si No

Nombre del Médico: _____

Num. de Teléfono: _____ Fecha de su última visita: ____/____/____

CONTINÚA AL DORSO

Seis

HISTORIAL MEDICO *continúa*

Actualmente su salud física es: Buena Regular Pobre
 ¿Fue usted alguna vez cuidado de algún médico? Sí No
 Explique, por favor: _____
 ¿Usa usted algún medicamento por su cuenta? Sí No
 Favor de enumerar: _____
 Para Mujeres: ¿Toma usted píldoras anti-concepcionales? Sí No
 ¿Está usted embarazada? Sí No Num. de Semanas: _____
 ¿Está usted lactando? Sí No

¿Ha padecido usted de alguna de las siguientes enfermedades o problemas médicos?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Anemia / Tratamiento de Radiación | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Cirugía de Corazón / Marcapaso |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Huesos Artificiales / Coyunturas | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Hemofilia / Sangra con facilidad |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Válvulas Artificiales | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Hepatitis |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Asma / Artritis | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Presión Arterial Alta / Bajo |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Transfusión de Sangre | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No SIDA / "HIV" |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Cáncer / Quimioterapia | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Hospitalizado por alguna razón |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Defecto Congénito del Corazón | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Problemas del Riñón |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Diabetes / Tuberculosis (TB) | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Prolapso: Válvula Mitral |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Dificultades Respiratorias | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Problemas Psiquiátricos |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Abuso de Drogas / Alcohol | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Fiebre Reumática / Fiebre Escarlatina |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Enfisema / Glaucoma | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Dolores de Cabeza Severos / Frecuentes |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Epilepsia / Convulsiones / Desmayos | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Herpes Zoster / Culebrilla |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Ampollas / Herpes | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Sinusitis |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Ataque del Corazón / Derrame | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Úlceras / Colitis |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Sople | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Enfermedades Venéreas |

Por favor, envíeme cualquier otra condición médica seria que haya padecido

¿Es usted alérgico a alguno de los siguientes medicamentos?

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Anestésico Dento | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Eritromicina | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Penicilina |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Aspirina | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Ictex | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Idracina |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Clorfeniramina | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Otros | |

Por favor, enumere cualquier otro medicamento al cual sea usted alérgico:

Siete

HISTORIAL DENTAL

Razón por la cual visita al dentista hoy: _____

¿Siente dolor? Sí No ¿Ha tenido problemas serios con algún tratamiento dental previo? Sí No

¿Ha sentido usted dolor o molestia en la coyuntura temporomandibular (TMJ, TMD)?

Sí No

Actualmente su salud dental es: Buena Regular Pobre

¿Le gustaría sentirse? Sí No ¿Sangran sus encías? Sí No

¿Cuántas veces a la semana usa el hilo dental? _____

¿Cuántas veces a la semana usa el cepillo? _____

¿Tipo de cepillo que usa? Duro Mediano Suave

A mi mejor entender, la información dada hoy es correcta. También declaro que la misma es confidencial y que es mi responsabilidad notificar a mi oficina cambios en mi condición de salud. Autorizo al personal de esta práctica los servicios dentales que sean necesarios para luego ser informado dar mi consentimiento para el diagnóstico y tratamiento.

Firma: _____ Fecha: _____

De no haber sido aprobado otro convenio, el total su cuenta debe ser cubierto al recibir el tratamiento.

Gracias por llenar este cuestionario completamente. El mismo ayudará a servirle efectivamente. Nos complacerá contestar sus preguntas.

Nuestra oficina está comprometida a cumplir o a superar las regulaciones de control de infección según ordenadas por OSHA, CDC y el ADA.

USO OFICIAL USO OFICIAL USO OFICIAL USO OFICIAL USO OFICIAL

Yo he revisado cuidadosamente la información médica / dental que aparece arriba con el paciente aquí mencionado. Iniciales: _____ Fecha: _____

Comentarios del Dentista: _____

HISTORIAL MEDICO AL DIA

- | | | |
|-----------------|--------------------|--------------|
| 1. Fecha: _____ | Comentarios: _____ | Firma: _____ |
| 2. Fecha: _____ | Comentarios: _____ | Firma: _____ |
| 3. Fecha: _____ | Comentarios: _____ | Firma: _____ |