

# Bienvenidos

Gracias por su selección de nuestro grupo dental.  
Haremos todo lo posible para proveer lo mejor en cuidado dental.  
Para ayudarnos a saber sus necesidades, conteste a las preguntas  
siguientes con pluma, por favor. Si tiene alguna pregunta o necesita  
ayuda, por favor pregúntenos. Con gusto le ayudaremos.

Número del Paciente \_\_\_\_\_

Número de Seguro Social \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

## Información Sobre el Paciente (CONFIDENCIAL)

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Teléfono de Casa \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Menor  Soltero  Casado  Divorciado  Viudo  Separado

Si es Estudiante, Nombre de la Escuela/Universidad \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_  Tiempo Parcial  Tiempo Completo

Nombre del Empleador (del Paciente o Padre) \_\_\_\_\_ Teléfono del Trabajo \_\_\_\_\_

Dirección del Trabajo \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Nombre del Padre o Esposo \_\_\_\_\_ Empleador \_\_\_\_\_ Teléfono del Trabajo \_\_\_\_\_

¿A quién le podemos agradecer la referencia? \_\_\_\_\_

¿En caso de emergencia, a quién le podemos notificar? \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

## Persona Responsable (Si Aplica)

Parentesco  
al Paciente \_\_\_\_\_

Nombre de la Persona Responsable de Esta Cuenta \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Teléfono de Casa \_\_\_\_\_

Número de Licencia de Manejar \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Nombre de Banco \_\_\_\_\_

Nombre del Empleador \_\_\_\_\_ Teléfono del Trabajo \_\_\_\_\_ Número de Seguro Social \_\_\_\_\_

¿Es la persona responsable un paciente en nuestra oficina ahora??  Si  No

Para su conveniencia ofrezcamos los siguientes métodos de pago. Por favor, marque lo que Ud. Prefiere. Necesitamos su pago en total al tiempo de servicio.

Pago al contado  Cheque  Carta de crédito  VISA  MasterCard  Quiero discutir los arreglos financieros de esta oficina.

## Información Sobre el Seguro

Parentesco  
al Paciente \_\_\_\_\_

Nombre del Asegurado \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Número de Seguro Social \_\_\_\_\_ Fecha en Que Fue Empleado \_\_\_\_\_

Nombre del Empleador \_\_\_\_\_ Sindicato (Si Aplica) \_\_\_\_\_ Teléfono del Trabajo \_\_\_\_\_

Dirección del Trabajo \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Nombre de la Aseguración \_\_\_\_\_ Número del Grupo \_\_\_\_\_ Número de Póliza \_\_\_\_\_

Dirección de la Aseguración \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

¿Cuánto es su deducible? \_\_\_\_\_ ¿Qué cantidad ha utilizado? \_\_\_\_\_ ¿Beneficio max. anual? \_\_\_\_\_

¿Tiene Ud. algún seguro adicional?  Si  No (conteste a las preguntas siguientes, por favor)

Parentesco  
al Paciente \_\_\_\_\_

Nombre del Asegurado \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Número de Seguro Social \_\_\_\_\_ Fecha en Que Fue Empleado \_\_\_\_\_

Nombre del Empleador \_\_\_\_\_ Sindicato (Si Aplica) \_\_\_\_\_ Teléfono del Trabajo \_\_\_\_\_

Dirección del Trabajo \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Nombre de la Aseguración \_\_\_\_\_ Número del Grupo \_\_\_\_\_ Número de Póliza \_\_\_\_\_

Dirección de la Aseguración \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

¿Cuánto es su deducible? \_\_\_\_\_ ¿Qué cantidad ha utilizado? \_\_\_\_\_ ¿Beneficio max. anual? \_\_\_\_\_

Otro lado, por favor

# Historia Médica del Paciente

Nombre del Médico \_\_\_\_\_ Teléfono de la Oficina \_\_\_\_\_ Fecha del Último Examen \_\_\_\_\_

- |   | Sí                       | No                       |  | Sí                       | No                       |
|---|--------------------------|--------------------------|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. ¿Está ahora bajo tratamiento médico?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 9. ¿Es Ud. alérgico o ha tenido una reacción a estas sustancias? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. ¿Durante los últimos 5 años, ha sido hospitalizado por una operación o enfermedad seria? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Anestésico local (Novocaina)                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Si es así, explique por favor. _____  |                          |                          | Penicilina u otros antibióticos                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. ¿Está tomando alguna droga o medicina (receta o no)?                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Sulfamidas   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Si es así, ¿qué está tomando? _____   |                          |                          | Barbitúricos   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. ¿Usted Ha tomado Phen-Fen/Reduz?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Sedantes   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. ¿Usa Ud. tabaco?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Yodo   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. ¿Usa Ud. drogas ilícitas?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Aspirina   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. ¿Usa Ud. lentes de contacto?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Algunos metales (níquel, mercury)                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. ¿Tiene o ha tenido algunas de las condiciones siguientes?                                |                          |                          | Látex o productos de hule  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|   |                          |                          | Otro (favor de enumerar) _____                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|   |                          |                          | 10. ¿Para mujeres solamente:                                     |                          |                          |
|   |                          |                          | ¿Está embarazada o piensa que sí?                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|   |                          |                          | ¿Está amamantando?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|   |                          |                          | ¿Está tomando píldoras anticonceptivas?                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- |                          | Sí                       | No                       |                           | Sí                       | No                       |                                | Sí                       | No                       |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Presión alta             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Enfermedad cardíaca       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Problemas del estómago/úlceras | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ataque cardíaco          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Marcapaso cardíaco        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Dolor del pecho                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Fiebre reumática         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Murmullos en el corazón   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Falta de aliento               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Tobillos hinchados       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Angina                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ataque de parálisis            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Desmayos/ataques         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Causado con frecuencia    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Fiebre del heno/alergias       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Asma                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Anemia                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Tuberculosis                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Presión baja             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Enfisema                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Terapia de radiación           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Epilepsia/convulsiones   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Cáncer                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Glaucoma                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Leucemia                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Artritis                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Reciente pérdida de peso       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Diabetes                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Reemplazo de articulación | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Enfermedad de hígado           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Enfermedad del riñón     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | o implante                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Problemas cardíacos            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| SIDA o infección por HIV | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Hepatitis/Ictericia       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Problemas respiratorios        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Enfermedad del tiroides  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Enfermedad venérea        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Prolapso de válvula mitral     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                          |                          |                          |                           |                          |                          | Otro _____                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

# Historia Dental del Paciente

Nombre y Dirección del Último Dentista \_\_\_\_\_ Fecha del Último Examen \_\_\_\_\_

- |   | Sí                       | No                       |   | Sí                       | No                       |
|---|--------------------------|--------------------------|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. ¿Sangran las encías cuando se cepilla o usa hilo dental?             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 7. (Cont.)  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. ¿Son sus dientes sensibles a líquidos o alimentos fríos o calientes? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Dolor (articulación, oreja, todo de la cara)  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. ¿Son sus dientes sensibles a líquidos o alimentos dulces o ácidos?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Dificultad en abrir o cerrar la boca  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. ¿Siente dolor en algunos de los dientes?                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Dificultad al masticar  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. ¿Tiene llagas cerca de la boca?                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 8. ¿Tiene dolores de cabeza con frecuencia?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. ¿Ha tenido heridas a la cabeza, el cuello o la quijada?              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 9. ¿Apreta o muele los dientes?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. ¿Ha tenido algunos de los problemas siguientes con la quijada?       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 10. ¿Muerde los labios o las mejillas con frecuencia?                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ruidos en la quijada  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 11. ¿Ha tenido extracciones difíciles en el pasado?                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|   |                          |                          | 12. ¿Ha sangrado profundamente después de una extracción?                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|   |                          |                          | 13. ¿Ha tenido tratamiento por un ortodoncista?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|   |                          |                          | 14. ¿Tiene Ud. dentadura postiza o parciales?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|   |                          |                          | Si es así, ¿cuál fue la fecha de colocación?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|   |                          |                          | 15. ¿Ha recibido instrucciones higiénicas sobre el cuidado de los dientes y las encías? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|   |                          |                          | 16. ¿Le gusta su sonrisa?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

## Autorización

Yo certifico que he leído y entendido la información de arriba a lo mejor de mi conocimiento. He contestado todas las preguntas exactamente. Yo entiendo que información inexacta puede ser peligroso para mi salud. Yo autorizo al dentista para proveer cualquier información (incluyendo diagnóstico y los archivos del examen o tratamiento para mí o mi niño durante el período de cual cuidado dental) a seguro contra tercera persona y/u otros profesionales de salud. Yo autorizo y le pido a la compañía de seguros a pagarle directamente al dentista o grupo dental los beneficios que hubieran sido pagados a mí. Yo entiendo que la compañía de seguros puede pagar menos del total. Yo estoy de acuerdo que soy responsable de pagar todos servicios prestados a favor de mí o mis dependientes.

X  
Firma del Paciente (o Firma del Padre, si el Paciente es Menor) \_\_\_\_\_

|                                |
|--------------------------------|
| Observaciones del Doctor _____ |
| Firma _____ Fecha _____        |