



# BIENVENIDO

nos complace en darle la bienvenida a nuestro consultorio. Por favor tome unos minutos para llenar este 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 \_\_\_\_\_  
 Apellido Primer Nombre Inicial  
 Domicilio \_\_\_\_\_  
 Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_  
 Código Postal \_\_\_\_\_  
 Tel de casa \_\_\_\_\_ Cel. \_\_\_\_\_  
 Sexo:  M  F  Soltero/a  Casado/a  Otro  
 Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Seg.Soc.# \_\_\_\_\_  
 Email: \_\_\_\_\_  
 Paciente trabaja para \_\_\_\_\_  
 Ocupación \_\_\_\_\_  
 Domicilio de trabajo \_\_\_\_\_  
 Tel de trabajo \_\_\_\_\_  
 Contacto de emergencia \_\_\_\_\_ Tel \_\_\_\_\_  
**A quien podríamos agradecer por su referencia?** \_\_\_\_\_

## SEGURO PRIMARIO

Responsable por la cuenta \_\_\_\_\_  
 Apellido Primer Nom  
 Relación con el paciente  Pareja  Hijo/a  Otro  
 Fecha de nacimiento del responsable \_\_\_\_\_  
 Num. De Seg. Soc. \_\_\_\_\_  
 Domicilio (si es diferente a la del paciente) \_\_\_\_\_  
 Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código \_\_\_\_\_  
 Tel de casa \_\_\_\_\_ Cel. \_\_\_\_\_  
 Compania de seguro \_\_\_\_\_  
 Teléfono \_\_\_\_\_ No. de Grupo # \_\_\_\_\_  
 El paciente tiene otro seguro?  Si  No  
 Si respondió si cual es? \_\_\_\_\_

## HISTORIAL MEDICO

Nombre del Doctor \_\_\_\_\_ Tel \_\_\_\_\_  
 Fecha de la última Visita \_\_\_\_\_ A tenido alguna enfermedad u operación seria?  Si  No  
 Si si describa \_\_\_\_\_ Esta bajo cuidado médico?  Si  No  
 Algunas vez ha tenido transfusión de sangre?  Si  No  
 Mujeres: Esta usted embarazada?  Si  No Amamantando?  Si  No Toma píldoras anticonceptivas?  Si  No

### Marque con una (v) si/no alguna vez a tenido las siguientes condiciones :

<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No SIDA, VIH Positivo	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Anaphylaxis	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Anemia	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Artritis,
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Migrañas	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Anafilaxias	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Asthma	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Atópica
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Tos persistente	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Tos con Sangre	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Desmayos	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Tuberculosis
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Cáncer	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Chemoterapia	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Diabetes	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Alergia a comidas
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Tratamientos de Cortisona	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Epilepsia	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Glaucoma	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Marcapasos
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Enfermedad del Rinion	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Alta Precion	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Thyroides	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Dolor de mandíbula
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Problemas de Circulación	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Hepatitis	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Ronchas en la piel	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Problema Nervioso
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Hemofilia/Hemorragia	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Herpes	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Stroke	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Enfermedad de Hígado
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Cirugía en el corazón	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Cuidado Phsicriatico	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Trato de Radiación	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Problema Respiratorios
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Hinchazón de pies o manos	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Fiebre muy alta	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Spina Bífida	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Problemas de espalda
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Problemas de sangre	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Ulcera/ Colitis	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Tonsilitis	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Problemas de venas
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Habito al Tabaco		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Pérdida de peso/ aumento Rápido	
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Problemas corazón, Describa _____		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Alergia a Materiales Látex, Metal, chemicos	

Esta el paciente actualmente tomando algún medicamento? Si si, cuales: \_\_\_\_\_

Tiene alergias a algún Medicamento? Si si, cuales: \_\_\_\_\_

## Autorización

He Revisado la información en este cuestionario y es precisa según mi conocimiento. Entiendo que esta información será utilizada por el dentista para ayudar a determinar un tratamiento dental apropiado y saludable. Si hay algún cambio en mi estatus medico, se lo informare al dentista. Autorizó a la compañía de seguros indicada en este formulario a pagar al dentista todos los beneficios asegurados por los servicios prestados que de otra manera fueran pagados a mí. 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 anticipación.**