



# Bienvenido

**¡Gracias por seleccionar nuestro equipo de atención dental!**

*Nos esforzaremos pro prestarle la mejor atención dental posible. Para ayudarnos a satisfacer todas sus necesidades de atención dental, llene completamente este formulario con lápiz de tinta.*

*Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda, consúltenos, con gusto lo ayudaremos.*

## Información del Paciente (CONFIDENCIAL)

No. de paciente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ No. de seguro social \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado/Provincia \_\_\_\_\_ Código Postal/P.C. \_\_\_\_\_

Correo electrónico \_\_\_\_\_ Teléfono particular \_\_\_\_\_ Teléfono celular \_\_\_\_\_

Marque el cuadro correspondiente:  Menor  Soltero(a)  Casado(a)  Divorciado(a)  Viudo(a)  Separado(a)

Si es estudiante, nombre de colegio \_\_\_\_\_

Cónyuge o nombre del padre \_\_\_\_\_ Empleador \_\_\_\_\_ Teléfono de trabajo \_\_\_\_\_

¿A quién le podemos agradecer por derivarlo? \_\_\_\_\_

Persona de contacto en caso de urgencia \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

## Parte Responsable

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

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

Correo electrónico \_\_\_\_\_ Teléfono celular \_\_\_\_\_

No. de licencia de conducir \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Institución financiera \_\_\_\_\_

Empleador \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo \_\_\_\_\_ No. de seguro social \_\_\_\_\_

## Información del Seguro

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

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ No. de seguro social \_\_\_\_\_ Fecha de empleo \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo \_\_\_\_\_

Nombre del empleador \_\_\_\_\_ No. de sindicato o gremio local \_\_\_\_\_

Dirección del empleador \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado/Provincia \_\_\_\_\_ Código Postal/P.C. \_\_\_\_\_

Compañía de seguros \_\_\_\_\_ No. de grupo \_\_\_\_\_ Política/No. de indentificación \_\_\_\_\_

Dirección de la compañía de seguros \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado/Provincia \_\_\_\_\_ Código Postal/P.C. \_\_\_\_\_

¿De cuánto es su deducible? \_\_\_\_\_ ¿Cuánto ha usado? \_\_\_\_\_ Beneficio máximo anual \_\_\_\_\_

¿TIENE ALGÚN SEGURO ADICIONAL?  Sí  No SI LA RESPUESTA ES SÍ, LLENE LO SIGUIENTE:

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

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ No. de seguro social \_\_\_\_\_ Fecha de empleo \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo \_\_\_\_\_

Nombre del empleador \_\_\_\_\_ No. de sindicato o gremio local \_\_\_\_\_

Dirección del empleador \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado/Provincia \_\_\_\_\_ Código Postal/P.C. \_\_\_\_\_

Compañía de seguros \_\_\_\_\_ No. de grupo \_\_\_\_\_ Política/No. de indentificación \_\_\_\_\_

Dirección de la compañía de seguros \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado/Provincia \_\_\_\_\_ Código Postal/P.C. \_\_\_\_\_

¿De cuánto es su deducible? \_\_\_\_\_ ¿Cuánto ha usado? \_\_\_\_\_ Beneficio máximo anual \_\_\_\_\_

*Sigue en la hoja siguiente*

# Antecedentes Médicos del Paciente

Médico \_\_\_\_\_ No. de teléfono de la consulta \_\_\_\_\_

1. ¿Se encuentra ahora bajo tratamiento? _____	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	9. ¿Es alérgico o ha sufrido alguna reacción alérgica a los siguientes elementos? _____	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
2. ¿Ha estado alguna vez hospitalizada pro alguna intervención quirúrgica o enfermedad grave durante los últimos 5 años? _____ Si la respuesta es sí, explique _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anestesia Local (por ejemplo, Novocaina) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Toma algún medicamento(s) incluidos los medicamentos sin receta médica? _____ Si la respuesta es sí, ¿qué medicamento(s) está tomando? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Penicilina o cualquier otro antibiótico _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Ha tomado alguna vez Fen-Phen/Redux? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Medicamentos con Sulfa _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ¿Consume tabaco? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Barbitúricos _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ¿Usa sustancias controladas? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sedantes _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ¿Está usando lentes de contacto? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Yodo _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ¿Tiene o ha tenido alguno de los siguientes? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Aspirina _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hipertensión Arterial _____	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Algún Metal (por ejemplo, níquel, mercurio, etc.) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ataque Cardíaco _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Látex/Goma _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fiebre Reumática _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otro (por favor enumere) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hinchazón de Tobillos _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10. ¿Tiene tos o aclaración de la garganta persistente no asociada con una enfermedad conocida (que haya durado más de 3 semanas)? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Desmayo/Ataques _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	11. Sólo Mujeres:		
Asma _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	a) ¿Está actualmente embarazada o cree que pueda estarlo? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Presión Arterial Baja _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	b) ¿Está amamantando? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Epilepsia/Convulsiones _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	c) ¿Está tomando anticonceptivos orales? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leucemia _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Diabetes _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cardiopatía _____	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Enfermedad Renal _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Marcapasos Cardíaco _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SIDA o Infección de VIH _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Soplo Cardíaco _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problema de Tiroides _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Angina _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Cansancio Frecuente _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Anemia _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Enfisema _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Cáncer _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Artritis _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Implante o Reemplazo de Articulaciones _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Hepatitis/Ictericia _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Enfermedades de transmisión sexual _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Problemas Estomacales/Úlceras _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Dolor en el pecho _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Quedar Fácilmente sin Aliento _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Derrame Cerebral _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Fiebre del Heno/Alergias _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Tuberculosis _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Radioterapia _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Glaucoma _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Pérdida de Peso Reciente _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Enfermedad Hepática _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Problemas al Corazón _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Problemas Respiratorios _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Prolapso de la Válvula Mitral _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Otros _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

# Antecedentes Dentales del Paciente

Nombre y Ubicación del Dentista Anterior \_\_\_\_\_

1. ¿Sangran sus encías mientras se cepilla o usa la seda dental? _____	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	8. ¿Tiene dolores de cabeza frecuentes? _____	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
2. ¿Sus dientes son sensibles a los alimentos o líquidos calientes o fríos? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9. ¿Aprieta o rechina los dientes? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Sus dientes son sensibles a los alimentos o líquidos dulces o amargos? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10. ¿Se muerde los labios o mejilla con frecuencia? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Siente dolor en alguno de sus dientes? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	11. ¿Ha tenido extracciones difíciles en el pasado? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ¿Tiene alguna llaga o bulto en la boca o alrededor de ella? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	12. ¿Ha tenido alguna vez alguna hemorragia prolongada después de una extracción? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ¿Ha tenido lesiones en la cabeza, cuello o mandíbula? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	13. ¿Ha tenido algún tratamiento de ortodoncia? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ¿Ha experimentado alguno de los siguientes problemas en su mandíbula? _____			14. ¿Usa prótesis totales o parciales? _____ Si la respuesta es sí, fecha de postura _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chasquido _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	15. ¿Ha recibido alguna vez instrucciones de higiene bucal concerniente al cuidado de sus dientes y encías? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolor (articulación, oído, costado de la cara) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	16. ¿Le gusta su sonrisa? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dificultad para abrirla o cerrarla _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Dificultad para mascar _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

# Autorización y Entrega de Información

Certifico que he leído y que comprendo la información anterior, a mi entender. Las preguntas anteriores se han contestado en forma precisa. Comprendo que proporcionar información incorrecta puede ser peligroso para mi salud. También autorizo al dentista a entregar cualquier información incluido el diagnóstico y registros de cualquier tratamiento o exámenes prestados a mi o a mi hijo durante el periodo de dicha atención dental a terceros pagadores y/o a otros profesionales de la salud. Autorizo y solicito a mi compañía de seguros a pagar directamente al dentista o al grupo de dentistas los beneficios del seguro o de lo contrario pagaderos a mi persona. Comprendo que mi compañía de seguros dental puede pagar menos que la boleta real por los servicios. Acepto hacerme responsable de los pagos de todos los servicios prestados en mi nombre o mis cargas.

X \_\_\_\_\_

Firma del paciente (o padre/tutor si es menor de edad) \_\_\_\_\_

Comentarios del médico \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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