



!Gracias por seleccionar nuestro equipo de atencion dental!  
Nos esforzaremos por prestarle la mayor atencion dental posible.  
Para ayudarnos a satisfacer todas sus necesidades de atencion dental,  
Llene completamente este formulario con lapis de tinta. Si tiene alguna  
pregunta o necesita ayuda, consultenos, con gusto lo ayudaremos.

## Informacion del Paciente (CONFIDENCIAL)

Fecha \_\_\_\_\_  
No. de Seguro Social \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Telefono particular \_\_\_\_\_

Direccion \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado/Provincia \_\_\_\_\_Codigo Postal \_\_\_\_\_

Correo Electronico \_\_\_\_\_ Telefono Celular \_\_\_\_\_

Marque el cuadro correspondiente        
Separado(a)  M or  So ro(a)  Casado(a)  Divorciado(a)  Viudo(a)

Si es estudiante, nombre de la Universidad \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_

**Tiempo completo** Yes No

empleador del paciente o tutor \_\_\_\_\_ Telefono del Trabajo \_\_\_\_\_

Direccion commercial \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_Codigo Postal \_\_\_\_\_

Conyuge o nombre del padre o tutor \_\_\_\_\_ Empleador \_\_\_\_\_ Telefono celular \_\_\_\_\_

¿A quien le podemos agradecer por referirlo?

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

## Parte Responsable

Nombre de la persona responsable de esta cuenta \_\_\_\_\_ **Relacion con el paciente** \_\_\_\_\_

Direccion \_\_\_\_\_ Telefono particular \_\_\_\_\_

Correo electronico \_\_\_\_\_ Telefono celular \_\_\_\_\_

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

Empleador \_\_\_\_\_ Telefono de trabajo \_\_\_\_\_ No. de seguro social \_\_\_\_\_

¿Esta persona es actualment paciente de nuestra oficina?  Si  No

Para su comodidad, le ofrecemos los siguientes metodos de pago. Requerimos pago total en cada cita. Marque la opcion que prefiera:

Efectivo  Cheque personal  Tarjeta de credito  Deseo analizar las polizas de pago de su oficina

## Informacion del Seguro

Nombre del asegurado \_\_\_\_\_ Relacion con el paciente \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ No. de Seguro Social \_\_\_\_\_ Fecha de empleo \_\_\_\_\_

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

Direccion del empleador \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_

**Codigo Postal** \_\_\_\_\_

Compañia de seguros \_\_\_\_\_ No. de grupo \_\_\_\_\_ No. de identificacion \_\_\_\_\_

Direccion de la compañia de seguros \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_

**Codigo Postal** \_\_\_\_\_

¿De cuanto es su deducible? \_\_\_\_\_ ¿Cuanto ha usado? \_\_\_\_\_ Beneficio maximo anual \_\_\_\_\_

¿TIENE ALGUN SEGURO ADICIONAL?  Si  No SI LA RESPUESTA ES SI, LLENE LO SIGUIENTE:

Nombre del asegurado \_\_\_\_\_ Relacion con el paciente \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ No. de Seguro Social \_\_\_\_\_ Fecha de empleo \_\_\_\_\_

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

Direccion del empleador \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_

**Codigo Postal** \_\_\_\_\_

Compañia de seguros \_\_\_\_\_ No. de grupo \_\_\_\_\_ No. de identificacion \_\_\_\_\_

Direccion de la compañia de seguros \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_

**Codigo Postal** \_\_\_\_\_

¿De cuanto es su deducible? \_\_\_\_\_ ¿Cuanto ha usado? \_\_\_\_\_ Beneficio maximo anual \_\_\_\_\_

### Antecedentes Medicos del Paciente

Medico \_\_\_\_\_ No. de telefono de contacto \_\_\_\_\_ Continuar en la parte de atras... 

	Si	No		Si	No
1. ¿Se encuentra ahora bajo tratamiento?.....	<input type="checkbox"/>		Horas?.....		
2. ¿Ha estado alguna vez hospitalizado por alguna intervencion quirurgica o enfermedad grave durante los ultimos 5 años?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7. ¿Consume Tabaco?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....			8. ¿Usa sustancias controladas?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si la respuesta es si, explique			9. ¿Esta usando lentes de contacto?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....			10. ¿Tiene o ha tenido alguno de los siguientes?		
3. ¿Toma algun medicamento incluidos los medicamentos sin receta medica?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	11. ¿Es alergico o ha sufrido alguna reaccion alergica a los siguientes elementos?		
Si la respuesta es si, ¿Que medicamento esta tomando?			Anestesia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....			Local.....		
4. ¿Ha tomado alguna vez Fen-Phen/Redux?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Penicilina o cualquier otro antibiotico.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ¿Ha tomado alguna vez Fosamax, Boniva, Actonel o algun medicamento para el cancer que contenga bisfosfonatos?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Medicamentos con sulfa.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....			Barbituricos.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ¿Ha tomado Viagra, Revatio, Cialis or Levitra en las ultimas 24	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sedantes.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Yodo.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Aspirina.....

Algun Metal (Ej: niquel, mercurio, etc).....

Latex/Goma.....

Otro (por favor enumere)

12. ¿Tiene tos o aclaracion de la garganta persistente no asociada con una enfermedad conocida, que haya durado mas de 3 semanas?.....

13. Solo Mujeres:

a) ¿Esta actualmente embarazada o cree que pueda estarlo?..

b) ¿Esta amamantando?.....

c) ¿Esta tomando anticonceptivos orales?.....

Si No Si No Si No

Presion Arterial Alta.....   Enfermedad Hepatica.....

Ataque Cardiaco.....   Problemas del Corazon.....

Fiebre Reumatica.....   Problemas Respiratorios.....

Hinchazon de Tobillos.....   Prolapso de la Valvula Mitria.....

Desmayo/Ataques.....   Otro.....

Asma.....

Presion Arterial Baja.....

Epilepsia/Convulsiones.....

Leucemia.....

Diabetes.....

Enfermedad Renal.....

SIDA o Infeccion de VIH.....

Problema de Tiroides.....

Cardiopatía.....

## Antecedentes Dentales Del Paciente

Marcapasos.....

Cardiaco.....

Soplo.....

Cardiaco.....

.....

Angina.....

.....

Cansancio.....

Frecuente.....

Anemia.....

.....

Enfisema.....

.....

Cancer.....

.....

Artritis.....

.....

Implante o Reemplazo de.....

Articulaciones.....

Hepatitis/Ictericia.....

.....

Enfermedades de Transmision.....

Sexual....

Problemas.....

Estomacales/Ulceras.....

Dolor en el pecho.....

Quedar Facilmente sin Aliento.....

Derrame Cerebral.....

Fiebre del Heno/Alergias.....

Tuberculosis.....

Radioterapia.....

Glaucoma.....

Perdida de Peso Reciente....

Nombre y Ubicacion del Dentista Anterior

Si	No
	Si    No
1. ¿Sangran sus encias mientras se cepilla o usa el hilo dental?.....	<input type="checkbox"/>
2. ¿Sus dientes son sencibles a los alimentos o liquidos calientes o frios?...	<input type="checkbox"/>
3. ¿Sus dientes son sencibles a los alimentos o liquidos dulces o amargos?	<input type="checkbox"/>
4. ¿Siente dolor en alguno de sus dientes?.....	<input type="checkbox"/>
5. ¿Tiene alguna llaga o bulto en la boca o alrededor de ella?.....	<input type="checkbox"/>
6. ¿Ha tenido lesions en la cabeza, cuello o mandibula?.....	<input type="checkbox"/>
7. ¿Ha experimentado alguno de los siguientes problemas en su mandibula?.....	<input type="checkbox"/>
..... Chasquido	<input type="checkbox"/>
..... Dolor.....	<input type="checkbox"/>
..... Dificultad para abrirla o cerrarla.....	<input type="checkbox"/>
..... Dificultad para mascar.....	<input type="checkbox"/>
8. ¿Tiene Dolores de cabeza frecuentes?.....	<input type="checkbox"/>

**Autorizacion y Entrega de Informacion**

<input type="checkbox"/>	9. ¿Aprieta o rechina los dientes?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	10. ¿Se muerde los labios o mejilla con frecuencia?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	11. ¿Ha tenido extracciones dificiles en el pasado?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	12. ¿Ha tenido alguna vez alguna hemorragia prolongada despues de una extraccion?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	13. ¿Ha tenido algun tratamiento de ortodoncia?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	14. ¿Usa protesis totals o parciales?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	15. ¿Ha recibido alguna vez instrucciones de higiene bucal concerniente al cuidado de sus dientes y encias?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	16. ¿Le gusta su sonrisa?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/>			

Certifico que he leído y que comprendo la informacion anterior, a mi entender. Las preguntas anteriores se han contestado en forma precisa. Comprendo que proporcionar informacion incorrect puede ser peligroso para mi salud. Tambien autorizo al dentista entregar cualquier informacion incluyendo el diagnostico y registros de cualquier tratamiento o exámenes prestados a mi o a mi hijo durante el periodo de dicha atencion dental a terceros pagadores y/o a otros profesionales de la salud. Autorizo y solicito a mi compania 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 compania 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 dependes.

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