



Paciente

Fecha actual: _____ Archivo: _____

Nombre: _____
APELLIDO, NOMBRE, seguidos de INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE

Apodo: _____

Fecha nac.: _____ Edad _____ Núm. SS: _____ Masculino Femenino


Domicilio postal: _____

Tel. particular: _____ Laboral: _____ Celular: _____

Correo electrónico: _____ Derivado por: _____

Empleador: _____ ¿Años? _____ Ocupación: _____

Domicilio del empleador: _____

Estado: Menor Soltero Casado Separado Divorciado Viudo Nombre del cónyuge: _____¿Tiene hijos? N S ¿Cuántos? _____**Contacto de emergencia** ¿Con quién debemos comunicarnos? _____
Relación: _____ Tel. particular: _____
Tel. laboral: _____ Celular: _____
Médico clínico: _____ Teléfono del médico clínico: _____

Seguro

Información del seguro dental primario

Compañía: _____

Domicilio: _____

Tel.: (_____) _____ Núm. SS: _____

Grupo (Plan, Local o Núm. policía): _____

Nombre del asegurado: _____ Relación: _____

Fecha de nac.: _____ Empleador del asegurado: _____

Información del seguro dental secundario

Compañía: _____

Domicilio: _____

Teléfono: (_____) _____

Grupo (Plan, Local o Núm. policía) _____

Nombre del asegurado: _____ Relación: _____

Fecha de nac.: _____ Empleador del asegurado: _____



Cuenta

Nombre: _____

Relación: _____ Núm. SS: _____

Licencia Núm.: _____ Teléfono laboral: (_____) _____

Forma de pago: Efectivo Cheque Tarjeta de crédito

NÚMERO DE LA TARJETA DE CRÉDITO Y FECHA DE VENCIMIENTO

INICIALES _____

POR LA PRESENTE AUTORIZO LA ASIGNACIÓN DE MIS DERECHOS Y BENEFICIOS DE SEGURO DIRECTAMENTE AL PROVEEDOR POR LOS SERVICIOS BRINDADOS. COMPRENDO TOTALMENTE Y SOY EL ÚNICO RESPONSABLE DE CUALQUIER SALDO QUE MI COMPAÑÍA DE SEGUROS NO PAGO (SI ESTA OFICINA LO BRINDA). SE COBRARÁ UNA TARIFA DE \$30 POR CADA CHEQUE DEVUELTO.



4

Información dental

Motivo de la visita de hoy: Examen Emergencia Consulta

¿Tiene dolor? S N ¿Desde cuándo? _____

Indique cualquiera de los siguientes problemas

- | | | | |
|---|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Molestia o ruido en la mandíbula | <input type="checkbox"/> Empastes rotos/quebrados | <input type="checkbox"/> Dientes manchados | <input type="checkbox"/> Succión del labio |
| <input type="checkbox"/> Encías hinchadas, enrojecidas o sangrantes | <input type="checkbox"/> Rechinar los dientes | <input type="checkbox"/> Mandíbula trabada | <input type="checkbox"/> Succión de dedos/pulgar |
| <input type="checkbox"/> Dientes o encías sensibles | <input type="checkbox"/> Zumbido en los oídos | <input type="checkbox"/> Mal aliento | <input type="checkbox"/> Otros: _____ |
| <input type="checkbox"/> Ampollas/lagas en la boca o alrededor | <input type="checkbox"/> Dientes rotos/astillados | <input type="checkbox"/> Protrusión de la lengua | |

¿Necesita medicación previa? Si No No sabe

Odontólogo anterior: _____

Teléfono: (_____) _____

Último examen dental: ____ / ____ / ____ Última radiografía dental: ____ / ____ / ____

Momentos de cepillado: _____ Veces de hilo dental/semana: _____

¿Qué tipo de cerdas tiene su cepillo? Suaves Medias Duras

5

Historia clínica

Indique los medicamentos recetados, de venta libre o suplementos naturales/de hierbas que toma:

Marque con un círculo cualquiera de las siguientes enfermedades, procedimientos y afecciones médicas que padezca o haya padecido:

- | | | | | |
|-------------------------------|----------------------------|------------------------------------|------------------------------|---------------------------------------|
| Ataque cardíaco/cerebral | Problemas tiroideos | Cáncer/tumores | Dolores de cabeza frecuentes | TDA/TDAH |
| Cirugía cardíaca/marcapasos | Problemas renales | Herpes | Migrañas | Hemofilia |
| Soplo cardíaco | Problemas hepáticos | Hepatitis | Dolor frecuente de cuello | Mononucleosis |
| Fiebre reumática | Problemas respiratorios | VIH+/SIDA/CRS | Problemas de espalda | Enfermedad de las células falsiformes |
| Prolapso de la válvula mitral | Problemas en los senos | Artritis/reumatismo | Quimioterapia | Varicela |
| Válvulas artificiales | Probl. de estómago/ulceras | Articulaciones/huesos artificiales | Dificultad para respirar | Impedimentos auditivo |
| Afección coronaria | Problemas psiquiátricos | Enfisema | Diabetes/hipoglucemia | Otros: _____ |
| Defecto cardíaco congénito | Enfermedades venereas | Desmayos/convulsión /epilepsia | Leucemia | |
| Dolor en el pecho | Abuso de alcohol/drogas | | Anemia | |
| Fiebre escarlatina | Tuberculosis | | Presión elevada/baja | |
| Nervios | Problemas de la mandíbula | | Problemas de coagulación | |

Indique cualquier cirugía o afección médica que haya padecido: _____

¿Es alérgico a algo de lo siguiente? Látex Penicilina/amoxicilina Tetraciclina Aspirina Eritromicina Sulfamidas Keflex

Metales Codeína Sedantes Óxido nítrico Anestesia dental Alimentos: _____ Otros: _____

¿Consumo tabaco? N Sí ¿Cómo lo usa? _____ ¿Cuánto? _____ ¿Cuánto tiempo? _____)

Califique su estado de salud general del 1 al 10 (1=mala 10= Excelente) _____ ¿Usa lentes de contacto? Sí N

PARA MUJERES: ¿Está tomando anticonceptivos? Sí N ¿Cuánto hijos ha tenido? _____

¿Está embarazada? N Sí (¿Desde? _____) ¿Está amamantando? Sí N

Nombre del asegurado: _____

Relación: _____

Fecha de nac.: _____

Empleador del asegurado: _____

* Lo invitamos a conversar con nosotros acerca de cualquier pregunta sobre nuestros servicios. Los mejores servicios dentales se basan en la comprensión mutua y una buena relación entre el proveedor y el paciente.

* Nuestra política requiere el pago completo de todos nuestros servicios en el momento de la visita, a menos que se realicen otros arreglos con el gerente comercial. Si la cuenta no ha sido saldada dentro de los 90 días posteriores al servicio y no se han realizado acuerdos financieros, usted deberá hacerse cargo de los honorarios de abogados, los intereses y otros gastos en los que se incurra para cobrar su cuenta.

* Autorizo al personal a realizar cualquier servicio necesario durante el diagnóstico y el tratamiento. También autorizo al proveedor a dar a conocer cualquier información necesaria para procesar los reclamos de seguro.

* Comprendo la información anterior y aseguro que he completado correctamente este formulario a mi leal saber y entender. Comprendo que es mi responsabilidad informar a esta oficina acerca de cualquier modificación a la información que he suministrado.

ACTUALIZACIÓN (uso de la oficina)

Iniciales y fecha

Comentarios

Iniciales y fecha

Comentarios

Iniciales y fecha

Comentarios

Iniciales y fecha

Comentarios

Firma: _____

Fecha: _____

Paciente adulto Padre/tutor Cónyuge

POUR LA PRESENTE AUTORIZO LA ASIGNACIÓN DE MIS DERECHOS Y BENEFICIOS DE SEGURO DIRECTAMENTE AL PROVEEDOR POR LOS SERVICIOS BRINDADOS. COMPRENDO TOTALMENTE Y SOY EL ÚNICO RESPONSABLE DE CUALQUIER SALDO QUE MI COMPAÑÍA DE SEGUROS NO PAGA (SI ESTA OFICINA LO BRINDA).