

# Bienvenido

Los beneficios de una sonrisa feliz y saludable son infinitos. Nuestra meta es ayudarle a alcanzar y mantener una salud oral óptima. Por favor, rellene este formulario completamente. Mientras mejor nos comuniquemos, mejor podremos cuidar de Usted.

## 1 SOBRE USTED

Fecha de hoy: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_  
Apellido Nombre Inicial Sr. Sra. Srta.

Prefiero que me llamen por: \_\_\_\_\_  Hombre  Mujer

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_

# Seguro Social: \_\_\_\_\_

Dirección de casa: \_\_\_\_\_  
# de Apt./Condo

Ciudad Estado Código postal

Soltero  Casado  Divorciado  Viudo  Separado

Tel. Casa: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Tel. Celular/Otro: \_\_\_\_\_

Tel. Trabajo: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Ext: \_\_\_\_\_

# Licencia de manejar: \_\_\_\_\_

Patrón: \_\_\_\_\_

Dirección del patrón: \_\_\_\_\_

Ciudad Estado Código postal

¿Cuánto tiempo lleva en ese trabajo? \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_

¿Cuándo y a qué hora es mejor llamarle? \_\_\_\_\_

¿A quién debemos agradecerle que lo refiriera? \_\_\_\_\_

Otros miembros de la familia atendidos por nosotros: \_\_\_\_\_

Dentista previo / actual: \_\_\_\_\_  
(por favor haga un círculo alrededor del que convenga)

Persona responsable por la cuenta: \_\_\_\_\_

## 2 INFORMACIÓN DEL/A ESPOSO/A

Su nombre: \_\_\_\_\_

Patrón: \_\_\_\_\_

Tel. Trabajo: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Ext: \_\_\_\_\_

# de Seguro Social: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Licencia de manejar: \_\_\_\_\_

### Amigo o pariente que no viva con Ud.

Su nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Tel. Trabajo: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Tel. Casa: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

## 3 ASEGURANZA

¿Plan dental?  Sí  No

Compañía de seguros: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

# de grupo (# de plan, local o póliza): \_\_\_\_\_

Nombre del asegurado: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Fecha de nac. del asegurado: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

# de Seguro Social: \_\_\_\_\_

Patrón del asegurado: \_\_\_\_\_

Dirección del patrón: \_\_\_\_\_

Ciudad Estado Código postal

### Aseguranza secundaria

¿Plan dental?  Sí  No

Compañía de seguros: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

# de grupo (# de plan, local o póliza): \_\_\_\_\_

Nombre del asegurado: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Fecha de nac. del asegurado: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

# de Seguro Social: \_\_\_\_\_

Patrón del asegurado: \_\_\_\_\_

Dirección del patrón: \_\_\_\_\_

Ciudad Estado Código postal

**El pago debe hacerse en su totalidad al momento de recibir el tratamiento** a menos que se hayan hecho arreglos previos y éstos hayan sido aprobados con anterioridad.

Si esta oficina acepta aseguranza, entiendo que soy responsable por el pago de los servicios recibidos así como por el pago de cualquier co-pago o deducible que mi aseguranza no cubra. Por este medio autorizo el pago directo a la Oficina Dental de los beneficios del grupo de aseguranza que de otro modo me serían pagados. Entiendo que soy responsable por todo el costo del tratamiento dental. Autorizo la entrega de cualquier información, incluyendo el diagnóstico y los expedientes de tratamiento o examen provistos, a mi compañía de seguros.

Firma

Fecha

**CONTINÚA AL DORSO**

# 4 HISTORIAL MÉDICO

¿Tiene Ud. un médico personal?  Sí  No

Nombre del médico: \_\_\_\_\_

Tel.: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Fecha de la última visita: \_\_\_\_\_

**Su estado actual de salud es:**  Bueno  Regular  Pobre

Actualmente, ¿Está Ud. bajo atención médica?  Sí  No

Por favor, explique: \_\_\_\_\_

¿Fuma Ud. o utiliza alguna forma de tabaco?  Sí  No

¿Le han puesto varillas de metal, tornillos o implantes?  Sí  No

¿Está tomando alguna medicina con o sin receta?  Sí  No

Haga una lista de cada una: \_\_\_\_\_

¿Alguna vez ha tomado Fosamax o cualquier otro bifosfonato?  Sí  No

Si la ha tomado, ¿cuándo? \_\_\_\_\_

**Para mujeres:** ¿Toma Ud. pastillas anticonceptivas?  Sí  No

¿Está Ud. embarazada?  Sí  No Semana #: \_\_\_\_\_

¿Está lactando?  Sí  No

**¿Ha tenido Ud. algunas de las siguientes enfermedades o problemas médicos?**

<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Sangrado anormal	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Hepatitis
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No SIDA	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Herpes / Ampollas de fiebre
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Alcohol / abuso de drogas	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Alta presión
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Anemia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No VIH
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Artritis	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Hospitalización
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Huesos / coyunturas / válvulas artificiales	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Problemas de los riñones
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Asma	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Enfermedad del hígado
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Transfusión de sangre	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Baja presión
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Cáncer / Quimioterapia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Prolapsia de la válvula mitral
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Colitis	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Marcapasos
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Defecto congénito del corazón	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Problemas psiquiátricos
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Diabetes	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Tratamiento de radiación
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Dificultad respiratoria	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Fiebre reumática / escarlatina
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Enfisema	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Convulsiones
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Epilepsia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Varicela adulta
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Desmayos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Anemia de células falciformes
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Dolores de cabeza frecuentes	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Problemas de sinusitis
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Glaucoma	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Derrame cerebral
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Fiebre del heno	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Problemas de la tiroide
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Ataque cardíaco / cirugía	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Tuberculosis (TB)
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Soplo del corazón	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Úlceras
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Hemofilia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Enfermedades venéreas

Haga una lista de cualquier condición médica seria que tenga / haya tenido: \_\_\_\_\_

¿Es Ud. alérgico a cualquiera de las siguientes cosas?

<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Aspirina	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Eritromicina	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Penicilina
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Codeína	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Joyas / metales	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Tetraciclina
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Anestésicos dentales	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Látex	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Otro

Haga una lista de cualquier otra medicina / material al que sea alérgico: \_\_\_\_\_

# 5 HISTORIAL DENTAL

¿Por qué vino al dentista hoy? \_\_\_\_\_

¿Sufre de dolor en este momento?  Sí  No

¿Requiere Ud. de antibióticos antes del tratamiento dental?  Sí  No

**Su estado actual de salud es:**  Bueno  Regular  Pobre

¿Ha tenido Ud. problemas serios / complicaciones asociadas con trabajos dentales previos?  Sí  No

¿Utiliza hilo dental a diario?  Sí  No

¿Se cepilla los dientes a diario?  Sí  No

Tipo de cerdas en el diente:  Duras  Medianas  Suaves

¿Ha tenido tratamiento para las encías?  Sí  No

¿Sangran sus encías?  Sí  No ¿Le pican?  Sí  No

¿Ha sufrido alguna vez de enfermedades periodónticas?  Sí  No

¿Ha sufrido Ud. alguna vez de sensibilidad en las coyunturas de la mandíbula (TMJ / TMD)?  Sí  No

¿Son sus dientes sensibles al calor, frío u otra cosa? \_\_\_\_\_

¿Se mueven sus dientes?  Sí  No

¿Tiene Ud. todavía las muelas del juicio?  Sí  No

¿Le gustaría tener un aliento más fresco?  Sí  No

¿Le gustaría tener los dientes más blancos?  Sí  No

¿Está contento con su sonrisa?  Sí  No

Si no está contento, ¿qué cambiaría? \_\_\_\_\_

Certifico que la información que he proporcionado es hasta donde yo sé correcta. También entiendo que esta información se mantendrá en la más estricta confidencialidad y que es mi responsabilidad informarle a esta oficina de cualquier cambio en mi estado médico. Autorizo al personal dental a llevar a cabo cualquier servicio dental que sea necesario durante el diagnóstico y tratamiento, con mi consentimiento.

Firma \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

## PARA EL USO DE LA OFICINA SOLAMENTE

He revisado verbalmente la información médica / dental con el paciente aquí nombrado:

Iniciales: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Comentarios del doctor:** \_\_\_\_\_

Nuestra oficina cumple con las normas HIPAA y está comprometida con satisfacer o exceder las normas de control de infecciones emitidas por la OSHA, el CDC y la ADA.

### Actualización del historial médico

¿Ha ocurrido algún cambio en su estado médico desde su última visita?  Sí  No

Si respondió que sí, por favor explique: \_\_\_\_\_

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

Firma del dentista \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

¿Ha ocurrido algún cambio en su estado médico desde su última visita?  Sí  No

Si respondió que sí, por favor explique: \_\_\_\_\_

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

Firma del dentista \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_