

Bienvenido

1 DATOS PERSONALES

Fecha ____ / ____ / ____ Numero de archivo: ____

SS # _____

Nombre _____

Apellido _____ Masculino Femenino

Fecha de Nacimiento ____ / ____ / ____ Edad ____

Dirección _____

CIUDAD ESTADO CODIGO POSTAL

Teléfono Casa (____) _____

Teléfono Trabajo (____) _____

Teléfono Celular (____) _____

Dirección Electrónica _____

¿Quién le recomendo esta oficina? _____

Empleador _____ ¿Desde Cuando? _____

Dirección del trabajo _____

CIUDAD ESTADO CODIGO POSTAL

Cargo _____

Estado Civil: Menor Soltero(a) Casado(a) Divorciado(a)
 Separado(a) Viudo(a)

Nombre de su conyugue _____

¿Tiene hijos? Si No Cuantos? _____

2 INFORMACION DE SU SEGURO

Seguro Dental Primario

Nombre de la Compañía _____

Dirección _____

CIUDAD ESTADO CODIGO POSTAL

Teléfono (____) _____

IDN del asegurado(a) _____

del grupo (Plan, Local o Poliza) _____

Nombre del asegurado(a) _____

Parentesco _____

Fecha de Nacimiento ____ / ____ / ____

Empleador del asegurado(a) _____

Seguro Dental Secundario

Nombre de la Compañía _____

Dirección _____

CIUDAD ESTADO CODIGO POSTAL

Teléfono (____) _____

IDN del asegurado(a) _____

del grupo (Plan, Local o Poliza) _____

Nombre del asegurado(a) _____

Parentesco _____

Fecha de Nacimiento ____ / ____ / ____

Empleador del asegurado(a) _____

3 INFORMACION DE LA CUENTA

Persona Responsable por la Cuenta

Nombre _____ Parentesco _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

de Seguro Social _____ Licencia de Conducir _____

Teléfono del Trabajo (____) _____ Forma de Pago: Efectivo Cheque Tarjeta de Crédito

Numero de Tarjeta (En caso de ser aceptada) _____ Fecha de Vencimiento _____
Autorizo a que se asignen los derechos y beneficios de mi seguro directamente al proveedor de los servicios prestados. Entiendo perfectamente que soy responsable por la cantidad no cubierta por mi seguro. (se este servicio es ofrecido en esta oficina)

4 EN CASO DE EMERGENCIA

Llamar a _____ Parentesco _____

Teléfono Casa (____) _____ Teléfono Trabajo (____) _____

Teléfono Celular (____) _____ Nombre de su Doctor _____

Teléfono de su Doctor (____) _____

Continua al dorso

5

INFORMACION ODONTOLOGICA

¿Cual es la razon de su visita? Examen Emergencia Consulta

¿Tiene dolor? Si No ¿Desde cuando? _____

Por favor indique si presenta alguno de los siguientes problemas:

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Molestia, chasquido o dislocacion de la quijada | <input type="checkbox"/> Calza partida o perdida | <input type="checkbox"/> Dientes manchados |
| <input type="checkbox"/> Encias enrojecidas, inflamadas o sangrantes | <input type="checkbox"/> Crujido de los dientes | <input type="checkbox"/> Mandibula trabada |
| <input type="checkbox"/> Sensibilidad dental o encias | <input type="checkbox"/> Silbido en los oidos | <input type="checkbox"/> Mal aliento |
| <input type="checkbox"/> Ampollas o llagas dentro o alrededor de la boca | <input type="checkbox"/> Diente partido o astillado | |
| <input type="checkbox"/> Otros problemas _____ | | |

¿Requiere medicacion previa? Si No No sé

Nombre de Odontologo anterior _____ Teléfono (_____) _____

Ultimo examen Dental _____ / _____ / _____ Ultima radiografia Odontologica _____ / _____ / _____

¿Que clase de cepillo usa? Suave Mediano Duro

¿Como calificaria su sonrisa 1 - 10? (deficiente) 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (excelente)

6

HISTORIA MEDICA

¿Esta Ud. tomando alguno de los siguientes medicamentos? Para el Sistema Nervioso Calmantes para el Dolor (incluyendo aspirina)

Relajantes musculares Adelgazantes de la sangre Tranquilizantes Insulina Para Osteoporosis

Otros _____

Alguna vez ha tomado: Sodio Alendronate (ej. Fosamax) Si No Phen-Fen/Redux Si No

¿Presenta Ud. o ha presentado alguna de las siguientes enfermedades, condiciones, o procedimientos médicos?

Ataque Cardiaco / Derrame	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Problemas Estomacales / Drogas	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Cirugia Cosmetica	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Cirugia del Corazon / Marcapasos	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Tuberculosis TB	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Tratamiento de Rayos X o Cobalto	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Soplo Cardiaco	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Disfuncion / Sindrome de la		Quimioterapia	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Fiebre Reumatica	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	articulacion / Temporomandibular	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Asma	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Prolapso de la Valvula Mitral	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Cancer / Tumores	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Dificultad Respiratoria	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Valvulas Artificiales	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Herpes (Shingles)	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Diabetes / Hipoglicemia	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Enfermedad Cardiaca	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Hepatitis	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Leucemia	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Defecto Cardiaco Congenito	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	VIH+ / SIDA / ARC	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Anemia	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Dolores en el Pecho	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Arthritis / Reumatismo	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Presion Arterial Alta / Baja	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Fiebre Escarlata	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Huesos / Coyunturas Artificiales	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Transtornos Hemorragicos	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Nerviosismo	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Enfisema	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Glaucoma	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Problemas de la Tiroides	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Desmayos / Convulsiones / Epilepsia	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
Problemas de los Riñones	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Dolores de Cabeza frecuentes / Severos	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
Problemas Respiratorios	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Dolor Frecuente en el Cuello	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
Problemas de Sinustis	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Problemas de la Espalda	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		

Por favor mencione cualquier otra cirugia o condicion médica que Ud. tenga o haya tenido _____

¿Es Ud. alérgico a alguno de los siguientes medicamentos? Latex Penicilina/Amoxilina Tetraciclina Aspirina

Anestésicos dentales Otros _____

¿Consumo Ud. Tabaco? No Si /¿Como lo consume? _____ ¿Cuanto? _____ ¿Desde Cuando? _____

Por favor evalúe su salud general, en escala de 1 - 10 _____ ¿Utiliza Ud. lentes de contacto? No Si

Para Mujeres: ¿Esta Ud. tomando Anticonceptivos? No Si ¿Cuántos hijos ha tenido? _____

¿Esta Ud. embarazada? No Si ¿Desde Cuando? _____ ¿Esta Ud. amamantando? No Si

- Le invitamos a clarar cualquier inquietud relacionada con nuestro servicio. El mejor servicio se basa en un entendimiento mutuo sincero entre el paciente y el proveedor.
- Nuestra oficina requiere que los servicios prestados sean pagados en su totalidad al término de la visita, a menos que se haya hecho otro acuerdo con la gerencia administrativa. Si su cuenta no ha sido pagada dentro de 90 dias a partir de la fecha de su servicio, y ningun arreglo financiero se ha establecido, Ud. sera responsable por gastos legales, gastos por agencia de cobro, cargos de interés y demas gastos que se ocasionen.
- Autorizo al personal a realizar cualquier servicio necesario durante el diagnostico y tratamiento, co el fin de procesar el seguro. Ademas autorizo al proveedor a suplir cualquier informacion requerida.
- Tengo pleno conocimiento de la informacion anterior, y garantizo, a mi entender, que es correcta y completa. Entiendo que es mi responsabilidad informar a ésta oficina sobre cualquier cambio en la informacion proporcionada. Firma _____ Fecha _____ / _____ / _____