

# Bienvenido

## Paciente

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

Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono Celular: (    ) \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Apt.: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

¿Cuánto Tiempo en Dirección? \_\_\_\_\_ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

# Seguro Social: \_\_\_\_\_ ID/DL: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Fecha Nacimiento: \_\_\_\_\_

¿Hay miembros de su familia que no son pacientes en nuestra oficina? \_\_\_\_ Si \_\_\_\_ No

Por favor de nombrar sus nombres y relación (hijo/a, esposo/a):

1. \_\_\_\_\_ 3. \_\_\_\_\_  
2. \_\_\_\_\_ 4. \_\_\_\_\_

¿Cómo se entero de nuestra oficina? \_\_\_\_\_

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

## Información de Empleo

Empleador: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_

Tiempo de Empleo: \_\_\_\_\_ # de Teléfono: (    ) \_\_\_\_\_ Ext: \_\_\_\_\_

Dirección de Empleo: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

1. por la presente certifico que información que he proporcionado es exacta y se puede confiar en para otorgar crédito y prestar servicios dentales. Entiendo que soy financieramente responsable por los cargos no pagados por mi seguro por cualquier razón.

2. al firmar abajo, yo entiendo que puede verificar e intercambiar información sobre mí y cualquier el solicitante adicional, incluyendo las que requieran informes de agencias de informes crediticios.

3. por la presente autorizo el pago directamente al dentista de los beneficios de seguro de grupo de lo contrario a pagar a mí. Entiendo que soy financieramente responsable por cualquier cargo no cubierto por esta autorización. Autorizo cualquier información relativa a cualquier reclamación dental o reclamaciones

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

Historia Médica

1. ¿Está usted bajo el cuidado de un médico ahora?  Si  No

En caso afirmativo: Nombre de Dr.: \_\_\_\_\_

2. Es usted alérgico a Penicilina, Codeína, Anestésicos Locales, u otra droga/ medicina?

Si  No \_\_\_\_\_

3. ¿Está usted tomando algún medicamento, pastillas, o drogas?  Si  No

En caso afirmativo, sírvase explicar: \_\_\_\_\_

4. (Mujeres) ¿Está usted embarazada?  Si  No / Meses de embarazo: \_\_\_\_\_

5. ¿Hay otros problemas de salud que deberíamos ser advertidos?  Si  No

Por favor sírvase explicar: \_\_\_\_\_

6. ¿Alguna vez ha tomado Fosamax, o cualquier otro medicamento que contenga bifosfonatos?

Si  No / Sírvase Explicar: \_\_\_\_\_

7. ¿Tiene o ha tenido, cualquiera de lo siguiente?

Sida/ HIV Positivo	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Anemia	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Artritis/ Gota	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Válvula Del Corazón	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Artificial Asma	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Problema respiratorio	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Cáncer	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Quimioterapia	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Diabetes	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Enfisema	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Epilepsia o Convulsiones	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

Glaucomas	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Ataque/ Falla del Corazón	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Problema/Enfermedad De corazón	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Desmayos/ Vértigo	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Hepatitis	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Problemas de los	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Riñones	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Atención Psiquiátrica	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Tratamiento de radiación	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Fiebre reumática	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Problemas del seno nasal	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

Comentarios: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

En lo mejor de mi conocimiento las preguntas de este cuestionario se han contestado correctamente. Entiendo que el proporcionar información incorrecta puede ser peligroso para mi salud (o del paciente). Es mi responsabilidad informar a la oficina dental de cualquier cambio en el estado médico.

Firma Del Paciente, padre o tutor \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Firma Del Doctor \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Solo Personal

B/P:

H/R: