

# INFORMACION DEL PACIENTE (Por favor imprima)

Bienvenido a nuestra oficina. Agradecemos la confianza depositada en nosotros para proveer servicios dentales. Para ayudarnos a servirle, por favor complete el siguiente formulario. La información proporcionada en este formulario es importante para su salud dental. Si ha habido algún cambio en su salud, por favor díganos. Si tiene alguna pregunta, no dude en preguntar.

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Género: \_\_\_\_\_

Lugar de residencia: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Dirección de facturación (si es diferente): \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Teléfono de la casa: \_\_\_\_\_ Teléfono celular: \_\_\_\_\_ Número de seguro social: \_\_\_\_\_

Número de licencia de conducir: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

Empleo / Ocupación: \_\_\_\_\_ Referido a nosotros por: \_\_\_\_\_

Contacto de emergencia: Nombre: \_\_\_\_\_ Numero: \_\_\_\_\_

Relación: \_\_\_\_\_

Información de seguro dental: Seguro dental primaria \_\_\_\_\_ Numero: \_\_\_\_\_

Número de grupo: \_\_\_\_\_ Número de identificación: \_\_\_\_\_

Nombre del suscriptor: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Numero de seguro social: \_\_\_\_\_

Seguro dental secundario: \_\_\_\_\_ Numero: \_\_\_\_\_

Numero de grupo: \_\_\_\_\_ Numero de identificación: \_\_\_\_\_

Nombre de suscriptor: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Numero de seguro social: \_\_\_\_\_

## Asignación y liberación

Certifico que yo y / o mis dependientes (s), tengo/tenemos cobertura de seguro con \_\_\_\_\_ (nombre de la compañía de seguro) y asignar directamente a Connect Family Dental todos los beneficios del seguro. Si los hay, por los servicios prestados. Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos sean o no pagados por el seguro. Yo autorizo el uso de mi firma en todas las sumisiones del seguro. El centro dental antes mencionado puede usar mi información de salud y puede revelar dicha información a la compañía de seguros anterior nombre (s) y sus agentes con el fin de obtener el pago por los servicios y la determinación de los beneficios del seguro por pagar a los servicios relacionados. Este consentimiento permanecerá en vigor mientras los pagos por servicios dentales prestados sean pagados y yo sea un paciente de Connect Family Dental.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente, padre o tutor

\_\_\_\_\_  
Escriba el nombre

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Relación con el paciente

## HISTORIA DE SALUD DENTAL

Motivo de la visita de hoy: \_\_\_\_\_ Fecha de la última visita: \_\_\_\_\_

Fecha de las ultimas radiografias: \_\_\_\_\_ ¿Con qué frecuencia se cepilla los dientes? \_\_\_\_\_ Usa el hilo dental? \_\_\_\_\_

¿Tiene usted ... ?	Si	No	¿Tiene?	Si	No	¿Tiene?	Si	No
Mordaza fácilmente?	___	___	El mal aliento?	___	___	Ardor en la lengua?	___	___
Usa dentaduras?	___	___	Trastorno de la ATM?	___	___	Objetos extraños?	___	___
Atrapa alimentos entre los dientes?	___	___	Dolor en la mandíbula?	___	___	Respirar por la boca?	___	___
Toma suplementos de fluoruro?	___	___	Diente / goma de dolor?	___	___	Dientes sensibles?	___	___
Se muerde las uñas, labios o las mejillas?	___	___	Hace clic o chasquido de la mandíbula?	___	___	Crecimiento en la boca?	___	___
Moler o apretar los dientes?	___	___	Dientes flojos o empastes?	___	___	Golpes en la mandíbula (trauma)?	___	___
Sequedad en la boca?	___	___	Hinchazón u otro dolor?	___	___	Otros problemas?	___	___
Sangrado de las encías?	___	___	Dolor en / delante de la oreja?	___	___		___	___
Relleno o un diente roto?	___	___	El tratamiento periodontal?	___	___		___	___
Tratamiento de ortodoncia o frenillos?	___	___	Ampollas en los labios / boca?	___	___		___	___

# HISTORIA MÉDICA:

Nombre del paciente (impreso): \_\_\_\_\_

¿Usted tiene o ha tenido cualquiera de los siguientes? Marque Sí o No por favor

Problemas del Corazon	Si No	Aumento de peso o perdida	Si No	Herpes u otras
Dolor de pacho	Si No	Dieta especial	Si No	enfermedades de
Dificultad para respirar	Si No	Problemas en los rinones o de la vejiga	Si No	transmission sexual
Si No				
Problema de presion de sangre	Si No	Inflamacion del cuello/glandulas	Si No	
Soplo cardiac	Si No	Huesos o problemas en las articulaciones	Si No	Dolores de cabeza frecuentes
Problema en las valvulas del Corazon	Si No	Artritis	Si No	o graves
Toma medicamentos para el Corazon	Si No	Espalda, problemas de dolor de cuello	Si No	Si No
Fiebre reumatica	Si No	Reemplazo de la articulacion	Si No	Problemas de la
Marcapasos	Si No	Glaucoma	Si No	tiroides
Valvula cardiac artificial	Si No	Carreras(s)	Si No	Si No
Problemas de la sangre	Si No	VIH-positivo/SIDA	Si No	Tos persistente o
Facil aparicion de moretones	Si No	Usa lentes de contacto?	Si No	inflamacion de los
Hemorragias nasals frecuentes	Si No	Historia de herida en la cabeza?	Si No	ganglios
Sangrado anormal	Si No	Dependencia quimica?	Si No	Si No
Enfermedad de la sangre (anemia)	Si No	Quimioterapia	Si No	Atencion psiquiatrica
Se requiere transfusion de sangre?	Si No	Cancer/Tumor	Si No	Problema nervioso
Problemas de alergia	Si No	Tratamiento de radiacion	Si No	Medicaciones previas
Fiebre de heno	Si No	Diabetes	Si No	requeridas por el
Fiebre de heno	Si No	Desmayos o convulsions	Si No	medico
Los problemas del sino	Si No	Epilepsia u otra enfermedad neurologica	Si No	Si No
Erupciones en la piel	Si No	Tuberculosis/otras enfermedades respiratorias	Si No	Historia de abuso de
Toma medicamentos para la alergia	Si No	Bebe alcohol? Si es asi, cuanto?	Si No	drogas o alcohol
Asma	Si No	Fuma? Si es asi, cuanto?	Si No	Si No
Problemas intestinales	Si No	Hepatitis, ictericia o problemas de higado	Si No	Otros problemas _____
Ulceras	Si No	Enfermedad hepatica	Si No	_____

¿Alguna vez ha tomado alguna clase de drogas denominadas colectivamente como "fen-phen"? Estos incluyen combinaciones de lonomina, Adipex, Fastin (nombres de marca de phenteramine), Pondimin (fenfluramina) y Redux (dexfenfluramina) Si No

¿Es usted alérgico o ha reaccionado adversamente a cualquiera de los siguientes? Favor de circular o marcarlos

- |                                   |              |         |
|-----------------------------------|--------------|---------|
| - Anestésicos locales (novocaína) | - Látex      | Ninguno |
| - Penicilina u otros antibióticos | - Codeína    |         |
| - Sulfamidas                      | - Ibuprofeno |         |
| - Acetaminofeno                   | - Aspirina   |         |

Otro \_\_\_\_\_ Durante los últimos 12 meses, ¿ha tenido alguno de los siguientes?

- |  |       |  |       |
|--|-------|--|-------|
| - Anticoagulantes (Coumadin)                           | Si No | ¿Está tomando anticonceptivos u otras hormonas?          | Si No |
| - Medicamentos para la presión arterial alta           | Si No | ¿Está embarazada? Si es así, la fecha probable de parto: | Si No |
| - Insulina, Drinase o droga similar                    | Si No | ¿Está lactando?  | Si No |
| - Aspirina   | Si No | Ha llegado a la menopausia?                              | Si No |
| - Digitalis o medicamentos para enfermedades cardiacas | Si No |  |       |
| - Nitroglicerina                                       | Si No | Notas: _____   |       |
| - Cortisona (esteroides)                               | Si No | _____  |       |

Otro \_\_\_\_\_

Nombre del Médico \_\_\_\_\_

Numero \_\_\_\_\_

Paciente/Padre/Tutor \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

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