

Bienvenidos a nuestra oficina. Por favor tome unos minutos para completar este formulario. Si usted tiene alguna pregunta con mucho gusto le ayudaremos.

**Como se enteró acerca de nosotros?**

\_\_\_\_\_

**Información del paciente**

Nombre del paciente \_\_\_\_\_

Segundo nombre \_\_\_\_\_

Apellido \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ seg. Social \_\_\_\_\_

Sexo  M  F Casado  Sí  No

Telefono de trabajo \_\_\_\_\_

Celular \_\_\_\_\_

Correo electrónico \_\_\_\_\_

Metodo de contacto preferido

Telefono de trabajo  Celular  Correo electrónico

**Dirección y telefono de casa**

Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_

Estado \_\_\_\_\_

Código postal \_\_\_\_\_

Telefono de la casa \_\_\_\_\_

Marque en el cuadrado si es la misma dirección para toda la familia

**Poliza de seguro 1**

Relación con el abonado

Propio  Esposo/a  Niño/a

Nombre del abonado \_\_\_\_\_

No. De identificación \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

compañía de seguro \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_

Empleador \_\_\_\_\_

No. Grupo y nombre \_\_\_\_\_

**Poliza de seguro 2**

Relación con el abonado

Propio  Esposo/a  Niño/a

Nombre del abonado \_\_\_\_\_

No. De identificación \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Compañía de seguro \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_

Empleador \_\_\_\_\_

No. Grupo y nombre \_\_\_\_\_

**Historia dental**

Cuál es la razón de su visita el día de hoy? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Si es una emergencia, por favor describa \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Ex/actual dentista \_\_\_\_\_

Fecha de la última visita \_\_\_\_\_

Cuán a menudo el paciente se sevilla los dientes? \_\_\_\_\_

Usa el hilo dental? \_\_\_\_\_

El paciente ha experimentado dolor o malestar en la mandíbula?  Sí  No

El paciente ha experimentado lesión en la boca or barbilla?  Sí  No

El paciente tiene problemas de habla?  Sí  No

\_\_\_\_\_

El paciente ha experimentado alguna vez una reacción inusual a inyecciones dentales?  Sí  No

Sus encías sangran facilmente?  Sí  No

Sus dientes rechinan?  Sí  No

Otra información del paciente a cerca de su anterior tratamiento

---



---

**Historia médica**

Médico del paciente \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_

Fecha de la última visita \_\_\_\_\_

Esta el paciente bajo cuidado medico?  Si  No

**Por favor marque cualquier condicion medica que el paciente tenga, incluyendo**

- Asma  Si  No
- Sangrado  Si  No
- Sida  Si  No
- Dolores de cabeza  Si  No
- Cancer  Si  No
- Diabetes  Si  No
- Problemas de sinusitis  Si  No
- Historia de fiebre reumatica  Si  No
- Soplo cardíaco  Si  No
- Problemas cardíacos  Si  No
- Presión alta  Si  No

Enfermedad respiratoria  Si  No

Anemia  Si  No

Reemplazo de articulaciones  Si  No

Derrame cerebral  Si  No

Alergia al latex  Si  No

Enfermedad del riñon  Si  No

Enfermedad del higado  Si  No

Epilepsia  Si  No

Enfermedad de la tiroides  Si  No

Embarazo  Si  No

Tratamiento psiquiatrico  Si  No

Úlceras  Si  No

Hepatitis  Si  No

(Mujer) Ahora esta embarazada?  Si  No

Si es asi, de cuántos meses está? \_\_\_\_\_

Esta amamantando?  Si  No

Otra información adicional \_\_\_\_\_

Describe los medicamentos que el paciente esta tomando

---

Describe si tiene alergia a medicamentos

---

**Autorización**

He revisado la información en este cuestionario, y de acuerdo a mi conocimiento es correcta. Entiendo que esta información ayudará al dentista para que pueda determinar el tratamiento dental apropiado. Si existe algún cambio en mi salud, informaré al dentista de ello. Autorizo a la compañía de seguro medica que se encuentra en este formulario a que pague al dentista todos los beneficios del seguro de lo contrario yo me haré responsable de los gastos adquiridos. Autorizo al dentista que me provea de toda la información necesaria para asegurar el pago de beneficios. Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos, se haga o no responsable la compañía de seguros.

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