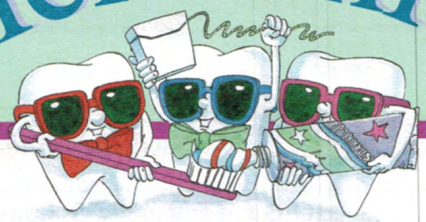
Bienvenido



Información del paciente

Gracias por haber elegido nuestro consultorio para sus necesidades dentales. Por favor, llene este formulario en tinta. Si tiene alguna pregunta o preocupación, no dude pedir ayuda. Tendremos mucho gusto en ayudarle.

(Por favor, escriba en letra de molde)

Nombre _____ Fecha _____ Núm. de identif. del paciente/SS/HIC _____

Nombre Inicial del segundo nombre Apellido

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Sexo: ❑ Femenino ❑ Masculino Fecha de nacimiento _____ E-mail _____

Teléfono de la casa (_____)_____ Celular (_____)_____ Teléfono del trabajo (_____)_____

Prefiere que lo llamen al número de: ❑ La casa ❑ El trabajo ❑ Celular ❑ No tengo preferencia

❑ Casado(a) ❑ Viudo(a) ❑ Soltero(a) ❑ Menor de Edad ❑ Separado(a) ❑ Divorciado(a) ❑ Ha vivido con su pareja por _____ años

Empleador o escuela del paciente _____ Ocupación _____

Dirección del empleador o escuela _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Nombre de su cónyuge o su padre/madre _____ Empleador _____ Teléfono del trabajo (_____)_____

¿Quién lo refirió a nosotros? _____

Persona con quien comunicarse en caso de emergencia _____ Teléfono (_____)_____

Parte responsable

Nombre de la persona responsable de esta cuenta _____

Relación con el paciente _____ Teléfono (____)_____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Nombre del empleador _____ Teléfono del trabajo (____)_____

Información del seguro

Nombre del asegurado _____ Relación con el paciente_____

Fecha de nacimiento_____ Núm. de Seguro Social _____ Fecha de contratación _____

Nombre del empleador _____ Teléfono del trabajo (____)_____

Dirección _____ Ciudad _____Estado _____ Código postal _____

Compañía de seguros _____ Núm. de grupo _____ Núm. del empleador _____

Dirección de la Cía. de seguros _____ Ciudad. _____ Estado _____ Código postal _____

¿Cuánto es su deducible? _____ ¿Cuánto ha utilizado? _____ ¿Cuál es el beneficio anual máximo? _____

¿TIENE SEGURO ADICIONAL? ❑ No ❑ Sí DE TENER, FAVOR DE LLENAR LO SIGUIENTE:

Nombre del asegurado _____ Relación con el paciente _____

Fecha de nacimiento _____ Núm. de Seguro Social _____ Fecha de contratación _____

Nombre del empleador _____ Teléfono del trabajo _____

Dirección_____ Ciudad _____ Estado_____ Código postal _____

Compañía de seguros _____ Núm. de grupo_____ Núm. del empleador _____

Dirección de la Cía. de seguros _____ Ciudad _____ Estado_____ Código postal _____

¿Cuánto es su deducible? _____ ¿Cuánto ha utilizado? _____ ¿Cuál es el beneficio anual máximo? _____

CONFIDENCIAL

#69468 – © 2004 HMI 1-800-468-4144

Historial dental

Nombre _____ Edad _____ Fecha del último examen dental _____

Dentista anterior_____Fecha de las últimas radiografías dentales _____

Motivo de la visita de hoy _____

¿Qué tan frecuente se lava los dientes?_____ ¿Qué tan frecuente se limpia los dientes con hilo dental? ____

Por favor, marque cualesquiera de las siguientes condiciones que se apliquen a usted:

- ❑ Mal aliento
- ❑ Encías que sangran
- ❑ Chasquido en la quijada
- ❑ Acumulación de comida entre los dientes
- ❑ Aprieta los dientes
- ❑ Dientes flojos o empastes rotos
- ❑ Tratamiento periodontal
- ❑ Sensible al frío
- ❑ Sensible al calor
- ❑ Sensible al dulce
- ❑ Sensible al morder
- ❑ Llagas o bultos en la boca

Historial médico

Médico _____ Fecha de la consulta más reciente _____

Indique todos los medicamentos que toma actualmente: _____

Alergias: _____

(Mujeres) ¿Está embarazada? ❑ Sí ❑ No ¿Amamanta? ❑ Sí ❑ No ¿Toma píldoras anticonceptivas? ❑ Sí ❑ No

Marque con una (✓) si ha tenido alguno de los siguientes:

- ❑ SIDA
- ❑ Anemia
- ❑ Artritis, reumatismo
- ❑ Válvulas cardíacas artificiales
- ❑ Articulaciones artificiales
- ❑ Asma
- ❑ Problemas de la espalda
- ❑ Sangrado anormal
- ❑ Enfermedad de la sangre
- ❑ Cáncer
- ❑ Dependencia de sustancias químicas
- ❑ Quimioterapia
- ❑ Problemas de la circulación
- ❑ Lesiones cardíacas congénitas
- ❑ Tratamientos con cortisona
- ❑ Tos persistente
- ❑ Tos con sangre
- ❑ Diabetes
- ❑ Epilepsia
- ❑ Desmayos
- ❑ Glaucoma
- ❑ Dolores de cabeza
- ❑ Soplo en el corazón
- ❑ Problemas del corazón
  Descríbalos_____
- ❑ Hemofilia
- ❑ Hepatitis
- ❑ Reparación de hernia
- ❑ Alta presión sanguínea
- ❑ VIH Positive
- ❑ Dolor en la quijada
- ❑ Enfermedad de los riñones
- ❑ Enfermedad del hígado
- ❑ Prolapso de la válvula mitral
- ❑ Problemas de los nervios
- ❑ Marcapasos
- ❑ Atención psiquiátrica
- ❑ Tratamiento con radiación
- ❑ Enfermedad respiratoria
- ❑ Fiebre reumática
- ❑ Fiebre escarlata
- ❑ Falta de respiración
- ❑ Erupción de la piel
- ❑ Embolia cerebral
- ❑ Hinchazón de los pies o los tobillos
- ❑ Problemas de la tiroides
- ❑ Hábito de tabaco
- ❑ Amigdalitis
- ❑ Tuberculosis
- ❑ Úlceras
- ❑ Enfermedad venérea

¿Ha tomado alguna vez alguno de estos medicamentos?

Medicamentos dietéticos:	❑ Dexfenfluramine	❑ Fen-phen	❑ Pondimin	❑ Redux
Adelgazantes de la sangre:	❑ Coumadin	❑ Warfarin		
Otro:	❑ Levoxyl	❑ Synthroid		

Certificación y Traspaso

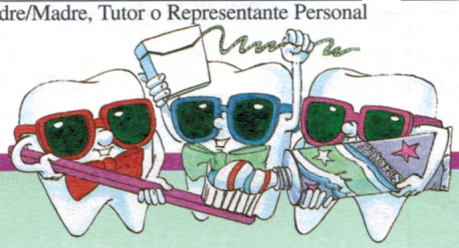
La información proporcionada es completa y correcta a mi leal saber y entender. Entiendo que es mi responsabilidad informar al médico si hay algún cambio en mi salud o en la salud de mi hijo(a) menor de edad.

Certifico que yo y/o mi(s) dependiente(s), tenemos/tiene(n) cobertura de seguro con _____
Nombre de la(s) Compañía(s) de Seguros

y traspaso directamente al Dr. _____ todos los beneficios del seguro, si los hubiere, que de otra manera serían pagaderos a mí por servicios prestados. Entiendo que soy financieramente responsable por todos los cargos incurridos, sean o no pagados por el seguro. Autorizo el uso de mi firma en todas las reclamaciones que se presenten ante el seguro.

El doctor nombrado anteriormente puede usar la información del cuidado de la salud acerca de mí y puede divulgar dicha información a la(s) Compañía(s) de Seguro nombrada(s) anteriormente y a sus agentes con el fin de obtener pago por los servicios y determinar los beneficios del seguro o los beneficios pagaderos por los servicios relacionados. Esta autorización terminará cuando el plan de tratamiento actual se complete o un año después de la fecha indicada a continuación.

_____ _____
Firma del Paciente, Padre/Madre, Tutor o Representante Personal — Fecha

_____ _____
Escriba en letra de molde el nombre del Paciente, Padre/Madre, Tutor o Representante Personal — Relación con el Paciente

Este formulario está protegido bajo las leyes de protección de derechos de autor de los EE.UU. Se prohibe copiarlo total o parcialmente.