

Información del Paciente

Fecha _____
 SS/HIC/ID del Paciente _____
 Nombre del Paciente _____
 Apellido _____
 Nombre _____ Inicial Media _____
 Dirección _____
 E-mail _____
 Ciudad _____
 Estado _____ Zip Code _____
 Sexo M F Edad _____
 Fecha de Nacimiento _____
 Casado Viudo Soltero Menor de Edad
 Separado Divorciado Pareja por _____ años
 Empresa/Escuela del Paciente _____
 Ocupación _____
 Dirección de Empresa/Escuela _____
 Tel. de Empresa/Escuela (_____) _____
 Nombre del Cónyuge _____
 Fecha de Nacimiento _____
 # de SS _____
 Empresa del Cónyuge _____
 ¿A quién debemos agradecer por recomendarnos? _____

Seguro Dental

¿Quién es Responsable de la cuenta? _____
 Relación con el Paciente _____
 Cía. De Seguros _____
 # de Grupo _____
 ¿Al paciente lo cubre algún seguro adicional?
 Nombre del Suscriptor _____
 Fecha de Nacimiento _____ # SS _____
 Relación con el Paciente _____
 Cía. De Seguros _____
 # de Grupo _____

ASIGNACIÓN Y LIBERACIÓN

Certifico que yo, y/o mi(s) dependiente(s), tienen cobertura de seguro con _____ (Nombre de la Cía. De Seguros) y asigno directamente al Dr. _____ todos los beneficios del seguro, si los hay, de otro modo pagaderos por mí por los servicios prestados. Entiendo que soy financieramente responsable por todos los cargos pagados o no por la aseguradora. Autorizo el uso de mi firma en todas las solicitudes a la aseguradora.

El dentista arriba nombrado puede usar mi información de asistencia médica y puede revelar dicha información a la Cía.(s) de Seguro mencionadas y a sus agentes para propósitos de obtener el pago por los servicios y determinar los beneficios de seguro o los beneficios a pagar por servicios relacionados. Este consentimiento terminará cuando mi actual plan de tratamiento sea completado o un año después de la fecha escrita a continuación

 Firma del Paciente, Padre, Tutor o Representante Personal

 Escriba el nombre del Paciente, Padre, Tutor o Representante Personal

 Fecha _____ Relación con el Paciente _____

Números de Teléfono

Casa (_____) _____ Trabajo (_____) _____ Ext _____ Celular (_____) _____
 Trabajo cónyuge (_____) _____ Mejor hora y lugar para localizarlo _____

EN CASO DE EMERGENCIA, CONTACTAR A (Especifique a alguien que no viva en una dirección diferente)

Nombre _____ Relación _____
 Tel. de Casa (_____) _____ Tel. de Trabajo (_____) _____

Historial Dental

Razón para su visita de hoy _____	Sensación de quemado en la boca <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Respira por la boca <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
_____	Mastica de un lado de la boca <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Dolor de boca al cepillar <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Dentista anterior _____	Fuma cigarros o puros <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Trat. Ortodóntico <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Ciudad/Estado _____	La mandíbula truena o hace ruido <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Dolor en área de oreja <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Fecha de última visita _____	Boca seca <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Trat. Periodontal <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Fecha de últimos rayos X _____	Se muerde las uñas <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Sensibilidad al frío <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	Se junta comida en los dientes <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Sensibilidad al calor <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Marque en "Sí" o "No" para indicar si ha sufrido algo de lo siguiente:	Objetos extraños <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Sensibilidad al dulce <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	Los dientes rechinan <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Sensibilidad al morder <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	Encías hinchaas o sensibles <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Llagas o protuberancias <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Mal aliento <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Dolor o cansancio de mandíbula <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	en la boca <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Encías sangrantes <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Se muerde el labio o la mejilla <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Con qué frecuencia usa hilo dental _____
Ampollas en labios o boca <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Dientes flojos o empastes rotos <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Con qué frecuencia cepilla sus dientes _____

Registro e Historial Dental