

NOMBRE Y APELLIDO
DEL PACIENTE _____
Apellido Nombre Inicial

Fecha _____ Fecha de nacimiento _____

SI ES MENOR, NOMBRE
DEL PADRE O MADRE _____
Apellido Nombre Inicial

¿COMO DESEA QUE
LE LLAMEN? _____

Soltero Casado Separado Divorciado Viudo Menor

DOMICILIO - CALLE _____
CIUDAD _____
ESTADO _____ CODIGO POSTAL _____

DIRECCION DEL TRABAJO _____

TELEFONO: DOMICILIO _____ TRABAJO _____

PACIENTE/PADRE O
MADRE EMPLEADO POR _____

POSICION ACTUAL _____ ANTIGÜEDAD _____

CONYUGE/NOMBRE
DEL PADRE O MADRE _____

CONYUGE EMPLEADO POR _____

CARGO ACTUAL _____ ANTIGÜEDAD _____

RESPONSABLE DE ESTA CUENTA _____

METODO DE PAGO: Seguro Tarjeta de crédito Efectivo

PROPOSITO DE LA VISITA _____

OTROS FAMILIARES ATENDIDOS AQUI _____

¿QUIEN LO HA ENVIADO A ESTE CONSULTORIO? _____

NUMERO DE SEGURO SOCIAL DEL
PACIENTE/PADRE O MADRE _____

NUMERO DE SEGURO SOCIAL DEL
CONYUGE/PADRE O MADRE _____

PERSONA A QUIEN NOTIFICAR EN CASO DE URGENCIA, QUE NO
VIVA CON USTED _____

AUTORIZACION:

Por la presente autorizo al dentista a realizar los procedimientos de diagnóstico y tratamiento que sean necesarios para prestar una atención odontológica adecuada.

Autorizo la difusión de la información relativa al cuidado de la salud, el asesoramiento y el tratamiento míos propios (o de mi hijo) que sean prestados con el propósito de evaluar y administrar los reclamos de los beneficios de seguro.

Autorizo la difusión a otro dentista de la información relativa al cuidado de la salud, el asesoramiento y el tratamiento míos propios (o de mi hijo).

Autorizo por la presente el pago de beneficios de seguro directamente al dentista o grupo dental, que de otra manera serían pagaderos a mi nombre.

Entiendo que la empresa o pagador del seguro médico dental correspondiente a mis beneficios odontológicos puede pagar un monto inferior al de la factura por los servicios prestados. Entiendo que soy financieramente responsable de pagar por completo todas las cuentas. Al firmar esta declaración, anulo todos los otros acuerdos anteriores en contrario y acepto ser responsable por el pago de los servicios que no sean pagados, ya sea total o parcialmente, por la empresa de seguro dental. A causa de que Dental Limited busca apoyo en este acuerdo en los servicios de una agencia de coleccion, yo sere responsable por cualquier incidente incluyendo los costos de coleccion y cargos razonables de abogados.

Certifico la exactitud de la información en esta página.

FIRMA DEL PACIENTE O DEL TUTOR _____ FECHA _____

1ª COBERTURA DE SEGURO DENTAL

NOMBRE DEL EMPLEADO _____

FECHA DE NACIMIENTO DEL EMPLEADO _____

EMPLEADOR _____ Nº AÑOS _____

NOMBRE DE LA
COMPAÑIA ASEGURADORA _____

DIRECCION _____

TELEFONO: _____

Nº DE PROGRAMA O POLIZA _____

GRUPO O LOCAL DE LA UNION _____

NUMERO DE SEGURO SOCIAL _____

2ª COBERTURA DE SEGURO DENTAL

NOMBRE DEL EMPLEADO _____

FECHA DE NACIMIENTO DEL EMPLEADO _____

EMPLEADOR _____ Nº AÑOS _____

NOMBRE DE LA
COMPAÑIA ASEGURADORA _____

DIRECCION _____

TELEFONO: _____

Nº DE PROGRAMA O POLIZA _____

GRUPO O LOCAL DE LA UNION _____

NUMERO DE SEGURO SOCIAL _____

REGISTRACION

--	--	--	--	--	--	--	--

Número De Paciente

bienvenido

Nombre y Apellido del Paciente _____
Apellido _____ Nombre _____ Inicial _____ Fecha de Nacimiento _____

- Propósito de la visita _____
- ¿Está usted consciente de algún problema? _____
- ¿Cuánto tiempo ha transcurrido desde su última visita al dentista? _____
- ¿Qué tratamiento se realizó en ese momento? _____
- Nombre del dentista anterior _____
Dirección: _____ Tel. _____
- ¿Cuándo le limpiaron los dientes en el consultorio por última vez? _____

COMENTARIOS

CIRCULE LAS RESPUESTAS APROPIADAS. SI ES QUE NO SABE LA RESPUESTA CORRECTA, POR FAVOR ESCRIBE "NO LO SE", EN LA LINEA DESPUES DE LA PREGUNTA.

- ¿Ha efectuado usted visitas con regularidad? SI NO
¿Con qué frecuencia? _____
- ¿Se tomaron radiografías dentales? SI NO
- ¿Ha perdido usted ó se le ha extraído algún diente? SI NO
¿Por qué? _____
- ¿Han sido reemplazados? SI NO
- ¿Cómo han sido reemplazados?
a. Puente fijo _____ Antigüedad _____
b. Puente retirable _____ Antigüedad _____
c. Dentadura postiza _____ Antigüedad _____
d. Implante _____ Antigüedad _____
- ¿Está usted insatisfecho con el reemplazo? SI NO
- ¿Desea usted información sobre reemplazos permanentes? SI NO
- ¿Ha tenido usted alguna vez problemas ó complicaciones con tratamientos dentales anteriores? SI NO
Si no es así, explique _____
- ¿Suele usted rechinar ó apretar los dientes? SI NO
- ¿Siente usted que su mandíbula hace ruido? SI NO
- ¿Ha sentido dolor ó irritación en los músculos, en la cara ó cerca del oído? SI NO
- ¿Sufre usted frecuentemente de dolor de cabeza, cuello u hombros? SI NO
- ¿Quedan partículas de comida retenidas entre sus dientes? SI NO
- ¿Son sus dientes sensibles:
 al calor al frío
 a los dulces a la presión? SI NO
- ¿Le duelen ó sangran las encías? SI NO
¿Cuándo? _____
- ¿Con que frecuencia se cepilla los dientes? _____
- ¿Utiliza usted el hilo dental? SI NO
¿Con que frecuencia? _____
- ¿Tiene usted dientes flojos, torcidos ó desplazados? SI NO
- ¿Está usted insatisfecho con el aspecto de sus dientes? SI NO
- ¿Cómo se siente acerca de sus dientes en general? SI NO
- ¿Siente usted que a veces tiene mal aliento? SI NO
- ¿Ha tenido usted un tratamiento u operación de encías? SI NO
¿Qué tipo? _____
¿Dónde? _____
¿Cuándo? _____
- ¿Ha tenido usted tratamiento ortodóncico? SI NO
- ¿Ha tenido usted experiencias odontología desagradables ó hay algo que le desagrada de la odontología? _____
- ¿Tiene usted preguntas o preocupaciones? SI NO

Certifico Que La Información Anterior Es Completa Y Exacta.

FIRMA DEL PACIENTE _____ FECHA _____
FIRMA DEL DENTISTA _____ FECHA _____

ANESTESIA

ALERTA MEDICA

ANTECEDENTES DENTALES

--	--	--	--	--	--	--	--

Número De Paciente

bienvenido

Nombre y Apellido del Paciente _____
Apellido
 Nombre _____ Inicial _____ Fecha de Nacimiento _____

CIRCULE LAS RESPUESTAS APROPIADAS. SI ES QUE NO SABE LA RESPUESTA CORRECTA, POR FAVOR ESCRIBE "NO LO SE", EN LA LINEA DESPUES DE LA PREGUNTA.

1. Nombre del médico _____
 Dirección _____
2. ¿Está usted bajo cuidado médico?SI NO
 ¿Desde cuándo? _____ ¿Por qué? _____
3. ¿Cuándo fue su último examen físico completo? _____
4. ¿Está usted tomando medicinas?SI NO
 (Si es que sí, por favor de anotarlas en la sección de comentarios ó en la espalda de esta forma.)
5. ¿Rutinamente toma usted la sustancias relacionadas a su salud?SI NO
 (vitaminas, suplementos hernarios, productos naturales)
6. ¿Es usted alérgico a alguna medicina o sustancia? (Favor de anotarlas)SI NO
7. ¿Tiene usted alguna otra alergia?SI NO
8. ¿Tiene usted problemas con la penicilina, los antibióticos,
 las anestesias ó alguna otra medicina?SI NO
9. ¿Es usted susceptible a los metales o al látex?SI NO
10. Si usted es mujer, ¿está embarazada o cree que puede estarlo?SI NO
11. ¿Utiliza usted medicación para el control de la natalidad?SI NO
12. ¿Ha sido usted tratado por enfermedades cardíacas o se le ha
 dicho que podría padecerlas?SI NO
13. ¿Tiene usted un marcapasos o una válvula cardíaca artificial?SI NO
14. ¿Ha tenido alguna vez fiebre reumática?SI NO
15. ¿Padece usted de murmullo cardíaco?SI NO
16. ¿Tiene usted presión alta ó baja?SI NO
17. ¿Ha tenido usted alguna enfermedad ú operación grave?SI NO
 Si es así, explique. _____
18. ¿Ha tenido usted tratamiento con radiación ó quimioterapia para combatir un tumor,
 un crecimiento ú otra condición?SI NO
19. ¿Usted ha tomado jamás el Fosamex, Zometa, Aredia o cualquier otro tratamiento oral o intravenoso
 (bisphosphonates) para tumores de hueso, calcio excesivo en su sangre o la osteoporosis? SI NO
20. ¿Padece usted de enfermedades inflamatorias, como artritis ó reumatismo?SI NO
21. ¿Tiene usted articulaciones artificiales ó usa prótesis?SI NO
22. ¿Tiene usted alteraciones de la sangre, como anemia, leucemia, etc?SI NO
23. ¿Ha sangrado alguna vez excesivamente después de cortarse ó lastimarse?SI NO
24. ¿Tiene algún problema estomacal?SI NO
25. ¿Tiene problemas renales?SI NO
26. ¿Tiene problemas hepáticos?SI NO
27. ¿Eres diabético?SI NO
28. ¿Ha tenido desmayos ó mareos?SI NO
29. ¿Padece de asma?SI NO
30. ¿Tiene epilepsia ó ataques nerviosos?SI NO
31. ¿Tiene o ha tenido alguna enfermedad venérea?SI NO
32. ¿Se le ha diagnosticado que es HIV positivo?SI NO
33. ¿Tiene usted SIDA?SI NO
34. ¿Ha tenido ó ha probado positivo para la hepatitis?SI NO
35. ¿Tiene ó ha tenido tuberculosis?SI NO
36. ¿Fuma ó mastica tabaco, usa rapé o consume alguna otra variedad del tabaco?SI NO
37. ¿Consume usted bebidas alcohólicas?SI NO
38. ¿Utiliza habitualmente sustancias controladas?SI NO
39. ¿Ha estado usted bajo tratamiento psiquiátrico?SI NO
40. ¿Usted a tomado la droga recetada fenfluramine, ó fefluramine combinado con
 phentermine (fen-phen), dexfenfluramine (redux), ó cualquier otro producto para
 perder peso?SI NO
41. ¿Tiene usted alguna enfermedad, condición ó problema no mencionado aqui?SI NO
 Si es así, explique. _____
42. ¿Hay algo que debemos saber sobre su salud y que no hemos preguntado en esta formulario? SI NO
43. Desea usted hablar en privado con el dentista acerca de algún problema?SI NO

COMENTARIOS

Certificio Que La Información Anterior Es Completa Y Exacta

FIRMA DEL PACIENTE _____ FECHA _____
 FIRMA DEL DENTISTA _____ FECHA _____

ANESTESIA

ALERTA MEDICA

ANTECEDENTES MEDICOS