

Información del paciente

Nombre _____ Nombre preferido _____ Fecha de nacimiento _____
Si es menor de edad, nombres de los padres _____ Teléfono de casa _____ Celular _____
Dirección postal _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
Correo electrónico _____ Empleador _____ Teléfono del trabajo _____
Nombre del cónyuge _____ Empleador del cónyuge _____
¿Cómo supo de nosotros o quién lo refirió? _____ ☐ DD Waiver

SEGURO

En este formulario no pedimos el número de Seguro Social; se lo pediremos en persona en la oficina.

☐ Dental ☐ Médico ☐ Medicare ☐ Plan SR ☐ Tricare ☐ PPO ☐ HMO

Aseguradora principal _____ Número de grupo _____ ID de miembro _____

Aseguradora secundaria _____ Número de grupo _____ ID de miembro _____

Nombre del titular, si no es usted (por ejemplo, su cónyuge) _____ Fecha de nacimiento del titular _____

HISTORIA CLÍNICA

¿Tiene o ha tenido alguna de las siguientes condiciones?

- | | |
|--|--|
| ☐ Cáncer o tumor | ☐ Diabetes |
| ☐ Enfermedad del corazón o angina | ☐ Condición neurológica |
| ☐ Soplo cardíaco, prolapso de la válvula mitral, defecto cardíaco | ☐ Epilepsia, convulsiones o desmayos |
| ☐ Fiebre reumática o cardiopatía reumática | ☐ Condición emocional, ansiedad |
| ☐ Articulación o válvula artificial | ☐ Artritis |
| ☐ Presión arterial alta o baja | ☐ Herpes o fuegos labiales |
| ☐ Marcapasos | ☐ SIDA o VIH positivo |
| ☐ Tuberculosis u otros problemas pulmonares | ☐ Migraña o dolores de cabeza frecuentes |
| ☐ Enfermedad renal | ☐ Anemia o trastornos de la sangre |
| ☐ Hepatitis u otra enfermedad del hígado | ☐ Sangrado anormal después de extracciones, cirugías o golpes |
| ☐ Alcoholismo | ☐ Fiebre del heno o problemas de sinusitis |
| ☐ Transfusión de sangre | ☐ Alergias o urticaria |
| | ☐ Asma |

¿Es alérgico o ha reaccionado mal a alguno de los siguientes?

- ☐ Látex
☐ Penicilina u otros antibióticos
☐ Anestésicos locales (Novocaína)
☐ Codeína u otros narcóticos
☐ Sulfamidas
☐ Barbitúricos, sedantes o pastillas para dormir
☐ Aspirina

Otro _____

¿Fuma o usa tabaco de mascar? ☐ Sí ☐ No

¿Toma alguno de los siguientes?

- | | | |
|--|--|---|
| ☐ Aspirina | ☐ Medicamento para la presión alta | ☐ Nitroglicerina |
| ☐ Anticoagulantes | ☐ Antidepresivos o tranquilizantes | ☐ Cortisona u otros esteroides |
| ☐ Antibióticos o sulfamidas | ☐ Insulina, Orinase u otro medicamento para la diabetes | ☐ Medicamento para la osteoporosis (densidad ósea) |

Otro _____ Mujeres: ☐ Podría estar embarazada ☐ Toma anticonceptivos Fecha probable de parto _____

Cualquier otra enfermedad, condición o problema _____

Contacto de emergencia _____ Teléfono _____

BENEFICIOS DEL SEGURO Y PAGO

Al firmar abajo, autorizo a mi aseguradora a pagar al dentista todos los beneficios del seguro que de otro modo me corresponderían por los servicios prestados. Entiendo que soy responsable económicamente de todos los cargos que el seguro no pague.

Firma del paciente o del padre o madre _____ Fecha _____