

Información del Paciente

Nombre _____
APELLIDO NOMBRE INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE

Dirección _____
CALLE CASA Ó APARTAMENTO NÚMERO

CIUDAD

CÓDIGO POSTAL DEL ESTADO

Teléfono: Casa (_____) _____ Nombre del cónyuge _____

Trabajo (_____) _____ ¿Cómo supo usted de nosotros? _____

Celular (_____) _____ ¿Ha visitado usted nuestro sitio web? _____

Correo Electrónico _____ Número de Emergencia _____

Patrón _____ Teléfono de Emergencia (_____) _____

Fecha de nacimiento _____ Número de su seguro social _____

Información De La Persona Responsable (Para Nuevos Pacientes)

Nombre Del Padre o Cónyuge Nombre (marque uno) _____
APELLIDO NOMBRE INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE

Dirección _____
CALLE CASA Ó APARTAMENTO NÚMERO

CIUDAD

CÓDIGO POSTAL DEL ESTADO

Teléfono: Casa (_____) _____ Correo electrónico _____

Trabajo (_____) _____ Patrón _____

Celular (_____) _____

Fecha de nacimiento _____ Número de su seguro social _____

Información Dental

¿Cuándo fue su última visita al dentista? _____ ¿Limpieza? _____ ¿Radiografías? _____

¿Cuál es el motivo de su visita que hoy? _____

¿Ha tenido tratamientos en sus encías? _____ ¿Tratamiento de ortodoncia? _____ ¿Dolores en sus mandíbulas? _____

¿Alguien en su familia tiene problemas de los dientes o las encías? _____

¿Tiene sequedad en la boca? _____ ¿Dolores en sus mandíbulas? Mañana Día Noche

- ¿Le sangran las encías? ¿Tiene usted inflamaciones en la boca?
- ¿Sus dientes son sensibles al calor, frío o dulces? ¿Tiene un sabor desfavorable?
- ¿Se obtienen alimentos atorados entre los dientes? ¿Ha tenido una experiencia dental desfavorable?

Si la respuesta es sí, por favor explique: _____

Las siguientes preguntas se refieren a las cefaleas (dolores de cabeza) causadas por la manera en que sus dientes se unen y la posición de la articulación. Compruebe todos los que sean aplicables:

- ¿Siente dolor en sus mandíbulas? ¿Rechina sus los dientes al dormir?
- ¿Se despierta con dolores? ¿Tiene frecuentes dolores de cabeza?
- ¿Tiene dientes flojos? ¿Siente los oídos tapados o con sonidos agudos?

Historia Clínica

Nombre del médico? _____ No. de teléfono? _____ Fecha de su última visita? _____

Tiene o ha tenido alguna vez?

- Artritis
- Asma
- Enfermedades auto-inmunes o contagiosas
- Transfusión de Sangre
- Cáncer
- Cortisona o esteroides
- Diabetes
- Epilepsia
- Sangrado excesivo cuando se cortar
- Glaucoma
- Soplo en el corazón
- Problemas del Corazón
- Hepatitis
- Presión Arterial Alta
- SIDA o HIV positivo
- Ictericia
- Problemas renales
- Prolapso de la Válvula Mitral
- Osteoporosis
- Marcapasos
- Fiebre reumática
- Carrera
- Tuberculosis
- Otros _____
- ¿Usted toma vitaminas o suplementos? _____

- Aspirina Sedantes
- Codeína
- Penicilina Otros
- _____
- Látex
- Anestésicos locales
- Sedantes

¿Está usted actualmente bajo el cuidado de un médico ?

- Sí
- No

Por favor, explique _____

¿Qué medicamentos está tomando actualmente?

Está tomando aspirina o cualquier otros anticoagulantes (warfarina, Coumadin)? _____

Pacientes de sexo femenino: ¿esta usted embarazada?

- Sí
- No

¿Toma píldoras para el control de la natalidad? _____

Seguros

Nombre y Teléfono De La Compañía Aseguradora

Nombre del suscriptor _____ Número de su seguro social _____ Fecha de nacimiento _____

Patrón _____ Nombre de la compañía de seguros. _____

Seguro Co. , no de teléfono _____ No. grupo _____

Con respecto al paciente _____ ¿Tiene alguna otra cobertura de seguro? _____

Declaración y Autorización de Seguros Médicos

Yo entiendo que soy responsable de todos los gastos y tratamiento dental. Por medio de la presente autorizo: Atención de urgencia Dental para administrar medicamentos y realizar los procedimientos diagnósticos y terapéuticos que sean necesarios para el correcto cuidado dental. La información de esta página y la historia médica es correcta y legalmente autorizada.

Firma _____

Fecha _____

Tratamiento Autorización

ACUERDO ENTRE EL MEDICO,EL PACIENTE O SUS PADRES O TUTORES.

Antes del tratamiento y radiografías de los dientes y la boca. Yo autorizo y doy mi consentimiento para llevar a cabo servicios dentales y de ser conveniente, el uso de anestesia local y otros medicamentos tal como se indica.

Certifico que las declaraciones anteriores en cuanto a mi estado de salud.

El pago de todos los tratamientos y los servicios prestados son mi responsabilidad.

FIRMA DEL PACIENTE O /TUTOR LEGAL

FECHA