



FORMULARIO DEL PACIENTE

BIENVENIDOS A NUESTRA OFICINA.
POR FAVOR TOME UNOS MINUTOS PARA COMPLETAR ESTE FORMULARIO.
SI USTED TIENE ALGUNA PREGUNTA CON MUCHO GUSTO LE AYUDAREMOS.

COMO SE ENTERÓ ACERCA DE NOSOTROS?

(Si fué referido por alguien, por favor escriba su nombre asi podemos agradecerle)

INFORMACION DEL PACIENTE

NOMBRE DEL PACIENTE: apellido nombre segundo nombre

FECHA DE NACIMIENTO # SEG. SOCIAL : SEXO (F) (M) CASADO: (S) (N)

TELEFONO DEL TRABAJO: CELULAR:

CORREO ELECTRÓNICO:

METODO DE CONTACTO PREFERIDO (TELEFONO DE TRABAJO) (CELULAR) (CORREO ELECTRÓNICO)

DIRECCIÓN Y TELEFFONO DE CASA

MARQUE EN EL CUADRADO SI ES LA MISMA DIRECCIÓN PARA TODA LA FAMILIA ()

DIRECCIÓN:

CIUDAD: ESTADO: CÓDIGO POSTAL:

TELEFONO DE LA CASA:

POLIZA DE SEGURO 1

RELACIÓN CON EL ABONADO: (PROPIO) (ESPOSO /A) (NIÑO /A)

NOMBRE DEL ABONADO: # DE IDENTIFICACIÓN:

FECHA DE NACIMIENTO: COMPAÑIA DE SEGURO: TELEFONO:

EMPLEADOR: # GRUPO Y NOMBRE:

POLIZA DE SEGURO 2

RELACIÓN CON EL ABONADO: (PROPIO) (ESPOSO /A) (NIÑO /A)

NOMBRE DEL ABONADO: # DE IDENTIFICACIÓN:

FECHA DE NACIMIENTO: COMPAÑIA DE SEGURO: TELEFONO:

EMPLEADOR: # GRUPO Y NOMBRE:

HISTORIA DENTAL

CUÁL ES LA RAZÓN DE SU VISITA EL DIA DE HOY?

SI ES UNA EMERGENCIA, POR FAVOR DESCRIBA:

EX / ACTUAL DENTISTA:

FECHA DE LA ÚLTIMA VISITA:

CUÁN A MENUDO EL PACIENTE SE SEPILLA LOS DIENTES?

USA EL HILO DENTAL?

EL PACIENTE HA EXPERIMENTADO DOLOR O MALESTAR EN LA MANDIBULA? (S) (N)

EL PACIENTE HA EXPERIMENTADO LESIÓN EN LA BOCA OR BARBILLA? (S) (N)

EL PACIENTE TIENE PROBLEMAS DE HABLA?

EL PACIENTE HA EXPERIMENTADO ALGUNA VEZ UNA REACCIÓN INUSUAL A INYECCIONES DENTALES? (S) (N)

SUS ENCÍAS SANGRAN FACILMENTE? (S) (N)

SUS DIENTES RECHINAN? (S) (N)

OTRA INFORMACIÓN DEL PACIENTE A CERCA DE SU ANTERIOR TRATAMIENTO:

HISTORIA MÉDICA

MÉDICO DEL PACIENTE:

TELÉFONO:

FECHA DE LA ÚLTIMA VISITA:

ESTA EL PACIENTE BAJO CUIDADO MEDICO? (S) (N)

POR FAVOR MARQUE CUALQUIER CONDICION MEDICA QUE EL PACIENTE TENGA, INCLUYENDO

ASMA	<input type="checkbox"/> (Y) <input type="checkbox"/> (N)	SOPLO CARDÍACO	<input type="checkbox"/> (S) <input type="checkbox"/> (N)	ENFERMEDAD DEL RIÑÓN	<input type="checkbox"/> (S) <input type="checkbox"/> (N)
SANGRADO	<input type="checkbox"/> (Y) <input type="checkbox"/> (N)	PROBLEMAS CARDÍACOS	<input type="checkbox"/> (S) <input type="checkbox"/> (N)	ENFERMEDAD DEL HIGADO	<input type="checkbox"/> (S) <input type="checkbox"/> (N)
SIDA	<input type="checkbox"/> (Y) <input type="checkbox"/> (N)	PRESIÓN ALTA	<input type="checkbox"/> (S) <input type="checkbox"/> (N)	EPILEPSIA	<input type="checkbox"/> (S) <input type="checkbox"/> (N)
DOLORES DE CABEZA	<input type="checkbox"/> (Y) <input type="checkbox"/> (N)	ENFERMEDAD RESPIRATORIA	<input type="checkbox"/> (S) <input type="checkbox"/> (N)	ENFERMEDAD DE LA TIROIDES	<input type="checkbox"/> (S) <input type="checkbox"/> (N)
CANCER	<input type="checkbox"/> (Y) <input type="checkbox"/> (N)	ANEMIA	<input type="checkbox"/> (S) <input type="checkbox"/> (N)	EMBARAZO	<input type="checkbox"/> (S) <input type="checkbox"/> (N)
DIABETES	<input type="checkbox"/> (Y) <input type="checkbox"/> (N)	REEMPLAZO DE ARTICULACIONES	<input type="checkbox"/> (S) <input type="checkbox"/> (N)	TRATAMIENTO PSIQUIATRICO	<input type="checkbox"/> (S) <input type="checkbox"/> (N)
PROBLEMAS DE SINOSITIS	<input type="checkbox"/> (Y) <input type="checkbox"/> (N)	DERRAME CEREBRAL	<input type="checkbox"/> (S) <input type="checkbox"/> (N)	ÚLCERAS	<input type="checkbox"/> (S) <input type="checkbox"/> (N)
HISTORIA DE FIEBRE REUMATICA	<input type="checkbox"/> (Y) <input type="checkbox"/> (N)	ALERGIA AL LATEX	<input type="checkbox"/> (S) <input type="checkbox"/> (N)	HEPATITIS	<input type="checkbox"/> (S) <input type="checkbox"/> (N)

(MUJER) AHORA ESTA EMBARAZADA? (S) (N) SI ES ASI, DE CUÁNTOS MESES ESTÁ? _____

ESTA AMAMANTANDO? (S) (N)

OTRA INFORMACIÓN ADICIONAL:

DESCRIBA LOS MEDICAMENTOS QUE EL PACIENTE ESTA TOMANDO:

DESCRIBA SI TIENE ALERGIA A MEDICAMENTOS:

AUTORIZACIÓN

He revisado la información en este cuestionario, y de acuerdo a mi conocimiento es correcta. Entiendo que esta información ayudará al dentista para que pueda determinar el tratamiento dental apropiado. Si existe algún cambio en mi salud, informaré al dentista de ello. Autorizo a la compañía de seguro medica que se encuentra en este formulario a que pague al dentista todos los beneficios del seguro de lo contrario yo me haré responsable de los gastos adquiridos. Autorizo al dentista que me provea de toda la información necesaria para asegurar el pago de beneficios. Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos, se haga o no responsable la compañía de seguros.

FIRMA:

FECHA: