

Informacion Sobre el Paciente/Persona Responsable Por el Paciente

Nombre del Paciente _____ Fecha _____
 (apellido) (nombre) (sobrenombre)

Fecha de Nacimiento _____ Edad _____ Seguro Social _____

Dirección _____
 (calle) (ciudad) (estado) (zona postal)

Tel. Casa _____ Tel. Trabajo _____ Tel. celular _____

Antigua Dirección (Si menos de 3 años) _____
 (calle) (ciudad) (estado) (zona postal)

Tarjeta de Crédito Mayor _____ Cuenta# _____ Fecha de expiración _____

Lugar de Empleo _____ Ocupación _____ Numero de años de empleo _____

Nombre de Esposa/Esposo _____
 (apellido) (nombre)

Lugar de Empleo del Esposo(a) _____ Ocupación _____ Numero del Trabajo _____

A Quién Agradecemos Por Habernos Recomendado? _____

Información Sobre La Aseguranza

Nombre del Asegurado _____ Seguro Social # _____

Compañía de Aseguranza _____ Numero de Grupo _____ Numero Local _____

Dirección de Aseguranza _____ Teléfono 800 _____

Tiene poliza doble? SI No Si es Asi: NombredelAsegurado _____ Seguro Social _____

CompañíadelAseguranza _____ DirecciondelAseguranza _____

Grupo # _____ Local # _____ Lugar de trabajo _____

La Aseguranza Es Solamente Aceptada Como Pago Parcial Después De Completa Verificación Antes De La Cita

Información en Caso de Emergencia

Nombre del pariente/familiar más cercano que no vive con usted _____

Dirección Completa _____

Teléfono _____

Entiendo que cuando sea apropiado, reportes de buros de crédito pueden ser obtenidos. Entiendo que las cancelaciones requieren de 24 hrs. de noticiado un cargo de \$35 será aplicado. Doy mi consentimiento a cualquier procedimiento dental y anestésico que sea necesario para el tratamiento del paciente nombrado arriba. Estoy de acuerdo en asumir completa responsabilidad financiera por todo el tratamiento prestado. Comprendo y estoy de acuerdo que pagare todos los honorarios de abogados y cualquier otro costo que sea incurrido en el proceso de recupera cualquier cantidad no pagada por mi tiempo.

Firma (debe ser firmado antes de empezar el tratamiento) _____

Revisas (fecha y iniciales) _____

Historial Dental

Tiene algunas quejas presentes sobre sus dientes? _____
Cuando le tomaron rayos-X del la boca completa la ultima vez? _____
Cuando fue su ultimo limpiado dental? _____
Sangran sus encias cuando se cepilla o usa hilo dental? _____
Le han dado instruccion en el cuidado preventivo dental? _____
Ha tenido alguna vez problemas serios asociados con previo tratamiento dental? _____

Historial Medico

Doctor Medico _____ Direccion _____ No de Telefono _____

Goza de buena salud? Si No es asi, explique _____
Tiene alguna enfermedad? Si No es asi, explique _____

Ha sido hospitalizado en los ultimos 2 anos? No Si es asi explique _____

Sangra en exceso en cortadas? Si No Fuma? Si No Si es asi, cuanto _____
Esta tomando medicacion, pildoras o drogas? Si No Si es asi, escriba cuales _____

Tiene o ha tenido cualquiera de los siguientes problemas?

	Si	No		Si	No
1. Enfermedad del Corazon	—	—	16. Sangrado exesivo	—	—
2. Alta Presion de la Sangre	—	—	17. Tratamientos con Radiacion	—	—
3. Enfermedades Sanguineas	—	—	18. Hepatitis	—	—
4. Fiebre Reumatica	—	—	19. Ictericia	—	—
5. Lesiones Congenitas del Corazon	—	—	20. Enfermedades Renales	—	—
6. Murmuraciones del Corazon	—	—	21. Glaucoma	—	—
7. Diabetes	—	—	22. Asma	—	—
8. Aplopejia	—	—	23. Tuberculosis	—	—
9. Ulceras/Problemas con el estomago	—	—	24. Alergias (A)Penicilina	—	—
10. Epilepsia	—	—	25. (B)Otros Antibioticos	—	—
11. Artritis	—	—	26. (C)Anesteticos Locales	—	—
12. Historia de Tumores (Cancer)	—	—	27. (D)Otros (explique)	—	—
13. Herpes	—	—	28. Abuso de Drogas/Bebidas Alcolicas	—	—
14. Enfermedades Venereas	—	—	29. SIDA/HIV	—	—
Solamente Para Mujeres					
15. Esta usted embarazada	—	—	30. Toma usted pildoras contra embarazo	—	—

Explicaciones : _____

Revisas Medicas 1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____