

BIENVENIDOS A SOUTH WASHINGTON DENTAL



Por favor, tómese unos minutos para responder las siguientes preguntas, así podríamos ayudarlo mejor con sus necesidades dentales.

DATOS PERSONALES DEL PACIENTE

Fecha _____ # del Seguro Social _____ Fecha de Nacimiento _____

Nombre _____ Teléfono _____
Apellido Nombre Inicial

Dirección _____ Teléfono Celular _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____ E-mail _____

Sexo M F Menor Soltero Casado Pareja de Largo Plazo Divorciado/a Viudo/a Separado/a

Nombre de la Empresa/Empleador _____ Teléfono comercial _____

Dirección Comercial _____ Ocupación _____

¿A quién debemos agradecer que nos hayan recomendado? _____

En caso de Emergencia, ¿a quién debemos contactar? _____ Phone _____

SEGURO PRIMARIO

Persona responsable de la Cuenta _____
Apellido Nombre Inicial

Parentesco con el Paciente _____ Fecha de Nacimiento _____ # del Seguro Social _____

Dirección _____ Teléfono _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Empresa donde trabaja la persona responsable _____ Teléfono comercial _____

Dirección Comercial _____ Ocupación _____

Nombre de la Compañía de Seguros _____

Dirección de la Compañía de Seguros _____

Número de Identificación _____ Número Grupal _____

SEGURO ADICIONAL (SI APLICA)

Nombre de la Persona Asegurada _____
Apellido Nombre Inicial

Parentesco con el Paciente _____ Fecha de Nacimiento _____ # del Seguro Social _____

Dirección _____ Teléfono _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Lugar de Trabajo de la Persona Asegurada _____ Teléfono Comercial _____

Nombre de la Compañía de Seguros _____

Dirección de la Compañía de Seguros _____

Número de Identificación _____ Número Grupal _____

POR FAVOR COMPLETAR EL REVÉS DE ESTA PÁGINA

HISTORIA DENTAL

Nombre de su anterior Dentista _____ Fecha de las últimas radiografías _____

Ciudad, Estado _____ ¿Con qué frecuencia usa hilo dental? _____

Fecha de la última visita dental _____ ¿Con qué frecuencia se cepilla los dientes? _____

Por favor marque todos los que apliquen en su motivo de Consulta:

- Mal Aliento Dientes flojos o empastes rotos..... Sensibilidad a los dulces.....
Sangrado de las Encias Tratamiento de ortodoncia..... Sensibilidad al morder.....
Ampollas en los Labios o la Boca Dolor alrededor del oído..... Dolores de cabeza frecuente.....
Morderse las uñas de los dedos Tratamiento periodontal..... Lesiones de mandíbula, cabeza o cuello..
Rechinar los dientes Sensibilidad al frío..... Dificultad de la mandíbula: clics /dolor..
Morderse Labios o Mejillas..... Sensibilidad a lo caliente..... Dolor de muelas

HISTORIA MÉDICA

Nombre del Médico _____ Fecha de la última visita _____

- 1. ¿Está usted actualmente bajo tratamiento médico Si No
2. ¿Alguna vez ha tenido alguna enfermedad u operación grave?..... Si No
3. ¿Toma actualmente algún medicamento?..... Si No

Por favor describa: _____

- 4. ¿Fuma?..... Si No
5. ¿Consumo bebidas alcohólicas, cocaína u otras drogas?..... Si No
6. ¿Usa lentes de contacto??..... Si No

7. ¿Ha tenido alguna reacción alérgica a lo siguiente?:

- Anestésico local (Ej., Novocaína)..... Si No
Penicilina u otros antibióticos..... Si No
Medicamentos con Sulfanoamidas..... Si No
Barbitúricos (pastillas para dormir)..... Si No
Sedantes..... Si No
Yodo..... Si No
Aspirina..... Si No
8. (Solo mujeres) ¿Estás embarazada?..... Si No
¿Lactando/amamantando?..... Si No
¿Tomando píldoras anticonceptivas?..... Si No

¿Ha sufrido alguna vez de?:

- SIDA..... Tratamientos de cortisona..... Sensibilidad al Látex..... Glándulas del cuello
Anemia..... Tos persistentes o con sangre..... Enfermedades del hígado..... inflamadas
Artritis Reumatoidea Diabetes..... Presión arterial baja..... Problemas de Tiroides...
Válvulas cardíacas artificiales.. Enfisema..... Prolapso de la válvula mitral... Tuberculosis.....
Articulaciones Artificiales..... Epilepsia..... Problema nervioso..... Tumor o Crecimiento en
Asma..... Desmayos o mareos..... Marcapaso..... la Cabeza o Cuello.....
Problemas de espalda..... Glaucoma..... Atención psiquiátrica..... Úlceras.....
Sangrado anormal en Dolores de cabeza..... Enfermedades Venéreas... Amigdalitis.....
extracciones o cirugías..... Soplo cardíaco..... Enfermedades Respiratorias .. Problemas de Próstata...
Enfermedad de la sangre..... Hepatitis - Tipo Fiebre Reumática... Poliomyelitis (Polio).....
Cáncer..... Herpes..... Fiebre Escarlatina **Otras Condiciones:** _____
Dependencia a Drogas..... Alta presión sanguínea..... Falta de Aliento..... _____
Quimioterapia..... VIH Positivo..... Problemas Sinusales..... _____
Síndrome de fatiga crónica... Ictericia..... Erupción cutánea..... _____
Problemas Circulatorios..... Dolor de mandíbula..... Embolia Cerebral..... _____
Lesiones cardíacas congénitas. Enfermedades Renales..... Hinchazón de pies o tobillos...

Asignación e Información

Por la presente yo autorizo el pago directo a _____ por todos los beneficios de la cobertura en lugar de recibir directamente a mí, el pago de los servicios ofrecidos. Yo entiendo que soy responsable económicamente por todos los honorarios, sean o no sean pagados por el Seguro, y por todos los servicios ofrecidos tanto a mí como a las personas a mi cargo. Yo autorizo al doctor antes mencionado o ha cualquier proveedor o suministrador de servicios de este consultorio para divulgar la información que sea necesaria para asegurarse el pago de dichos beneficios. Yo autorizo el uso de esta firma en todas las presentaciones al Seguro.

Firma de la Parte Responsable _____ Fecha _____