

BIENVENIDOS!

Por favor, tómese unos minutos para contestar las siguientes preguntas, así podremos ayudarlo mejor con el cuidado dental.



DATOS PERSONALES DEL PACIENTE

Fecha _____ No. del Seguro Social _____ Fecha de Nacimiento _____
Nombre _____ Teléfono _____
Apellido Nombre Inicial
Dirección _____ Teléfono Celular _____
Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____ Dirección E-mail _____
Sexo: M F Menor Soltero/a Casado/a Parejas de largo plazo Divorciado/a Viudo/a Separado/a
Nombre de la Empresa/Patrón _____ Teléfono Comercial _____
Dirección Comercial _____ Ocupación _____
¿A quién debemos agradecer que nos hayan recomendado? _____
¿Persona a contactar en caso de emergencia? _____ Teléfono _____

SEGURO PRIMARIO

Persona Responsable de la Cuenta _____
Apellido Nombre Inicial
Parentesco con el Paciente _____ Fecha de Nacimiento _____ No. 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 abonado _____ Número Grupal _____

SEGURO ADICIONAL

Nombre de la Persona Asegurada _____
Apellido Nombre Inicial
Parentesco con el Paciente _____ Fecha de nacimiento _____ No. 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 abonado _____ Número Grupal _____

POR FAVOR, COMPLETAR EL REVÉS DE ESTA PÁGINA

HISTORIA DENTAL

Nombre del Dentista Anterior _____

Ciudad, Estado _____

Fecha de su última visita al odontólogo _____

Fecha de las últimas radiografías: _____

¿Con qué frecuencia usa el hilo dental? _____

¿Con qué frecuencia se cepilla los dientes? _____

Por Favor, marque lo que corresponda:

- Mal Aliento
- Encías que Sangran
- Ampollas en Labios o Boca.....
- Se Muerde las Uñas.....
- Castañeteo de Dientes.....
- Se Muerde el labio o Mejilla.....

- Diente Flojo o Rotura de Pasta.....
- Tratamiento de Ortodoncia.....
- Dolor Alrededor del Oído.....
- Tratamiento Periodontal.....
- Sensibilidad al Frío.....
- Sensibilidad al Calor.....

- Sensibilidad a los Dulces.....
- Sensibilidad al Morder.....
- Dolores de Cabeza frecuentes.....
- Lesiones de Mandíbula, cabeza o cuello
- Problemas de Mandíbula, castañeteo y/o dolor
- Dolor de Muelas.....

HISTORIA CLINICA

Nombre del Médico _____ Fecha de la Última Consulta: _____

1. ¿Está usted bajo tratamiento médico actualmente?..... SI NO

2. ¿Ha sufrido alguna enfermedad seria u operaciones?..... SI NO

3. ¿Esta Ud. Tomando algún medicamento actualmente?.... SI NO

Por favor, descríbalos: _____

4. ¿Usted fuma? SI NO

5. ¿Consumo bebidas alcohólicas, cocaína u otras drogas?.. SI NO

6. ¿Usa Lentes de Contacto? SI NO

7. Ha tenido usted alguna reacción alérgica a lo siguiente: SI NO

- Anestesia Local (Ej. Novocaína)..... SI NO
- Penicilina u otros antibióticos..... SI NO
- Medicamentos con sulfonamidas..... SI NO
- Barbitúricos (pastillas para dormir)..... SI NO
- Sedantes..... SI NO
- Yodo..... SI NO
- Aspirina..... SI NO
- Otros..... SI NO

8. (Para Mujeres Solamente) ¿Está Usted:

- Embarazada?..... SI NO
- Amamantando?..... SI NO
- Tomando Pastillas Anticonceptivas?..... SI NO

Por Favor, Marque lo que corresponda:

- SIDA.....
- Anemia.....
- Artritis, Reumatismo.....
- Válvulas Cardíacas Artificiales.....
- Articulaciones Artificiales.....
- Asma.....
- Problemas en la Espalda.....
- Hemorragias Anormales, debido a extracciones o cirugías.....
- Enfermedades Sanguíneas.....
- Cáncer.....
- Dependencia a Sustancias Químicas...
- Quimioterapia.....
- Síndrome de Fatiga Crónica.....
- Problemas Circulatorios.....
- Lesiones Cardíaco Congénitas.....
- Tratamientos con Cortisona.....
- Tos-persistente o con sangre.....
- Diabetes.....

- Enfisema.....
- Epilepsia.....
- Desmayos o Mareos.....
- Glaucoma.....
- Dolores de Cabeza.....
- Soplo Cardíaco.....
- Problemas Cardíacos.....
- Hepatitis- Tipo _____
- Herpes.....
- Presión Arterial Alta.....
- VIH Positivo.....
- Ictericia.....
- Dolor de Mandíbula.....
- Enfermedad de los Riñones.....
- Sensibilidad al Látex.....
- Enfermedad del Hígado.....
- Presión Arterial Baja.....
- Prolapso de Válvula Mitral.....
- Problemas Nerviosos.....

- Marcapasos.....
- Atención Psiquiátrica.....
- Tratamiento Radiológico.....
- Enfermedades Respiratorias.....
- Fiebre Reumática.....
- Fiebre Escarlatina.....
- Falto de Aliento.....
- Sinusitis.....
- Erupción en la Piel.....
- Embolia.....
- Hinchazón de Pies / tobillos.....
- Hinchazón de Glándulas del Cuello.....
- Problemas de Tiroides.....
- Amigdalitis.....
- Tuberculosis.....
- Tumor o Crecimiento en Cabezal cuello...
- Úlcera.....
- Enfermedades Venéreas.....

ASIGNACIÓN E INFORMACIÓN Broadway Mall Dental Center

Por la presente, yo autorizo el pago directo a 200 Broadway Mall Hicksville, NY 11758 por todos los beneficios de la cobertura en lugar de recibir directamente a mí, el pago por 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 dispensados tanto a mí como a las personas a mi cargo.

Yo autorizo al médico antes mencionado o a 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 _____