

# Bienvenido

## 1 DATOS PERSONALES

Fecha \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Numero de archivo: \_\_\_\_

SS # \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_

Apellido \_\_\_\_\_  Masculino  Femenino

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

CIUDAD ESTADO CODIGO POSTAL

Teléfono Casa ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

Teléfono Trabajo ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

Teléfono Celular ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

Dirección Electrónica \_\_\_\_\_

¿Quién le recomendo esta oficina? \_\_\_\_\_

Empleador \_\_\_\_\_ ¿Desde Cuando? \_\_\_\_\_

Dirección del trabajo \_\_\_\_\_

CIUDAD ESTADO CODIGO POSTAL

Cargo \_\_\_\_\_

Estado Civil:  Menor  Soltero(a)  Casado(a)  Divorciado(a)  
 Separado(a)  Viudo(a)

Nombre de su conyugue \_\_\_\_\_

¿Tiene hijos?  Si  No Cuantos? \_\_\_\_\_

## 2 INFORMACION DE SU SEGURO

### Seguro Dental Primario

Nombre de la Compañía \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

CIUDAD ESTADO CODIGO POSTAL

Teléfono ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

IDN del asegurado(a) \_\_\_\_\_

# del grupo (Plan, Local o Poliza) \_\_\_\_\_

Nombre del asegurado(a) \_\_\_\_\_

Parentesco \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Empleador del asegurado(a) \_\_\_\_\_

### Seguro Dental Secundario

Nombre de la Compañía \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

CIUDAD ESTADO CODIGO POSTAL

Teléfono ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

IDN del asegurado(a) \_\_\_\_\_

# del grupo (Plan, Local o Poliza) \_\_\_\_\_

Nombre del asegurado(a) \_\_\_\_\_

Parentesco \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Empleador del asegurado(a) \_\_\_\_\_

## 3 INFORMACION DE LA CUENTA

### Persona Responsable por la Cuenta

Nombre \_\_\_\_\_ Parentesco \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

# de Seguro Social \_\_\_\_\_ Licencia de Conducir \_\_\_\_\_

Teléfono del Trabajo ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ Forma de Pago:  Efectivo  Cheque  Tarjeta de Crédito

Numero de Tarjeta (En caso de ser aceptada) \_\_\_\_\_ Fecha de Vencimiento \_\_\_\_\_  
Autorizo a que se asignen los derechos y beneficios de mi seguro directamente al proveedor de los servicios prestados. Entiendo perfectamente que soy responsable por la cantidad no cubierta por mi seguro. (se este servicio es ofrecido en esta oficina)

## 4 EN CASO DE EMERGENCIA

Llamar a \_\_\_\_\_ Parentesco \_\_\_\_\_

Teléfono Casa ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ Teléfono Trabajo ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

Teléfono Celular ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ Nombre de su Doctor \_\_\_\_\_

Teléfono de su Doctor ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

Continua al dorso

# 5

## INFORMACION ODONTOLOGICA

¿Cual es la razon de su visita?  Examen  Emergencia  Consulta

¿Tiene dolor?  Si  No ¿Desde cuando? \_\_\_\_\_

Por favor indique  si presenta alguno de los siguientes problemas:

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Molestia, chasquido o dislocacion de la quijada | <input type="checkbox"/> Calza partida o perdida    | <input type="checkbox"/> Dientes manchados |
| <input type="checkbox"/> Encias enrojecidas, inflamadas o sangrantes     | <input type="checkbox"/> Crujido de los dientes     | <input type="checkbox"/> Mandibula trabada |
| <input type="checkbox"/> Sensibilidad dental o encias                    | <input type="checkbox"/> Silbido en los oidos       | <input type="checkbox"/> Mal aliento       |
| <input type="checkbox"/> Ampollas o llagas dentro o alrededor de la boca | <input type="checkbox"/> Diente partido o astillado |  |
| <input type="checkbox"/> Otros problemas _____                           |   |  |

¿Requiere medicacion previa?  Si  No  No sé

Nombre de Odontologo anterior \_\_\_\_\_ Teléfono ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

Ultimo examen Dental \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Ultima radiografia Odontologica \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

¿Que clase de cepillo usa?  Suave  Mediano  Duro

¿Como calificaria su sonrisa 1 - 10? (deficiente) 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (excelente)

# 6

## HISTORIA MEDICA

¿Esta Ud. tomando alguno de los siguientes medicamentos?  Para el Sistema Nervioso  Calmantes para el Dolor (incluyendo aspirina)

Relajantes musculares  Adelgazantes de la sangre  Tranquilizantes  Insulina  Para Osteoporosis

Otros \_\_\_\_\_

Alguna vez ha tomado: Sodio Alendronate (ej. Fosamax)  Si  No Phen-Fen/Redux  Si  No

¿Presenta Ud. o ha presentado alguna de las siguientes enfermedades, condiciones, o procedimientos médicos?

Ataque Cardiaco / Derrame	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Problemas Estomacales / Drogas	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Cirugia Cosmetica	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Cirugia del Corazon / Marcapasos	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Tuberculosis TB	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Tratamiento de Rayos X o Cobalto	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Soplo Cardiaco	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Disfuncion / Sindrome de la		Quimioterapia	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Fiebre Reumatica	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	articulacion / Temporomandibular	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Asma	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Prolapso de la Valvula Mitral	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Cancer / Tumores	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Dificultad Respiratoria	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Valvulas Artificiales	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Herpes (Shingles)	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Diabetes / Hipoglicemia	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Enfermedad Cardiaca	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Hepatitis	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Leucemia	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Defecto Cardiaco Congenito	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	VIH+ / SIDA / ARC	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Anemia	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Dolores en el Pecho	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Arthritis / Reumatismo	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Presion Arterial Alta / Baja	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Fiebre Escarlata	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Huesos / Coyunturas Artificiales	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Transtornos Hemorragicos	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Nerviosismo	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Enfisema	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Glaucoma	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Problemas de la Tiroides	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Desmayos / Convulsiones / Epilepsia	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
Problemas de los Riñones	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Dolores de Cabeza frecuentes / Severos	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
Problemas Respiratorios	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Dolor Frecuente en el Cuello	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
Problemas de Sinustis	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Problemas de la Espalda	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		

Por favor mencione cualquier otra cirugia o condicion médica que Ud. tenga o haya tenido \_\_\_\_\_

¿Es Ud. alérgico a alguno de los siguientes medicamentos?  Latex  Penicilina/Amoxilina  Tetraciclina  Aspirina

Anestésicos dentales  Otros \_\_\_\_\_

¿Consumo Ud. Tabaco?  No  Si /¿Como lo consume? \_\_\_\_\_ ¿Cuanto? \_\_\_\_\_ ¿Desde Cuando? \_\_\_\_\_

Por favor evalúe su salud general, en escala de 1 - 10 \_\_\_\_\_ ¿Utiliza Ud. lentes de contacto?  No  Si

**Para Mujeres:** ¿Esta Ud. tomando Anticonceptivos?  No  Si ¿Cuántos hijos ha tenido? \_\_\_\_\_

¿Esta Ud. embarazada?  No  Si ¿Desde Cuando? \_\_\_\_\_ ¿Esta Ud. amamantando?  No  Si

- Le invitamos a clarar cualquier inquietud relacionada con nuestro servicio. El mejor servicio se basa en un entendimiento mutuo sincero entre el paciente y el proveedor.
- Nuestra oficina requiere que los servicios prestados sean pagados en su totalidad al término de la visita, a menos que se haya hecho otro acuerdo con la gerencia administrativa. Si su cuenta no ha sido pagada dentro de 90 dias a partir de la fecha de su servicio, y ningun arreglo financiero se ha establecido, Ud. sera responsable por gastos legales, gastos por agencia de cobro, cargos de interés y demas gastos que se ocasionen.
- Autorizo al personal a realizar cualquier servicio necesario durante el diagnostico y tratamiento, co el fin de procesar el seguro. Ademas autorizo al proveedor a suplir cualquier informacion requerida.
- Tengo pleno conocimiento de la informacion anterior, y garantizo, a mi entender, que es correcta y completa. Entiendo que es mi responsabilidad informar a ésta oficina sobre cualquier cambio en la informacion proporcionada. Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_