

**Información del paciente**

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Sexo:  Femenino  Masculino

Domicilio: \_\_\_\_\_ Apt #: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_ SSN: \_\_\_\_\_

Correo Electrónico \_\_\_\_\_ Teléfono Celular ( ) \_\_\_\_\_ Teléfono residencial: ( ) \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo: ( ) \_\_\_\_\_

**Medio de comunicación preferido:**  Celular  Residencial  Teléfono del trabajo **Situación Laboral:**  Empleado  Estudiante  Retirado  Desempleado

Nombre del empleador: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_ ¿Cuánto Tiempo? \_\_\_ Año(s) \_\_\_ Mes(es)

**Información de la persona responsable**

Relación con el paciente:  Yo Mismo  Padres/Tutor  Cónyuge  Otro

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Sexo:  Femenino  Masculino

Domicilio: \_\_\_\_\_ Apt #: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_ SSN: \_\_\_\_\_

Correo Electrónico \_\_\_\_\_ Teléfono Celular ( ) \_\_\_\_\_ Teléfono residencial: ( ) \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo: ( ) \_\_\_\_\_

**Situación Laboral:**  Empleado  Estudiante  Retirado  Desempleado **Nombre del empleador:** \_\_\_\_\_ **Ocupación:** \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_ ¿Cuánto Tiempo? \_\_\_ Año(s) \_\_\_ Mes(es)

**Información de la persona de contacto en caso de emergencia**

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Teléfono Celular ( ) \_\_\_\_\_

Teléfono residencial: ( ) \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo: ( ) \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ Apt #: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Teléfono Celular ( ) \_\_\_\_\_

Teléfono residencial: ( ) \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo: ( ) \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ Apt #: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

**Información del plan de seguro**

Tipo de seguro:  No Seguro  HMO  PPO/Indemnización  Denti-Cal

Nombre del plan: \_\_\_\_\_ Domicilio: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono: ( ) \_\_\_\_\_ Número del seguro: \_\_\_\_\_ Número de grupo: \_\_\_\_\_

**Información del beneficiario (Miembro principal)**

Relación con el paciente:  Yo Mismo  Padres/Tutor  Cónyuge  Otro

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Sexo:  Femenino  Masculino

Domicilio: \_\_\_\_\_ Apt #: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

SSN: \_\_\_\_\_ Empleador: \_\_\_\_\_

Yo certifico que la información aquí expuesta es exacta y puede ser aprobado para recibir crédito y proporcionar los servicios dentales. Entiendo que soy financieramente responsable de los cargos u/o cargos no cubiertos y/o no pagados por mi compañía de seguros por cualquier razón. Yo autorizo que cualquier pago o beneficios del seguro sea pagado directamente a Dreamland Dental & Orthodontics.

\_\_\_\_\_  
Firma del partido Responsable

\_\_\_\_\_  
Fecha

## HISTORIA MÉDICA

para

Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Aunque el personal dental tratan principalmente el área en y alrededor de su boca, tu boca es una parte de su cuerpo entero. Los problemas de salud que pueda tener, o medicamentos que esté tomando, podría tener una importante relación con la odontología que usted recibirá. Gracias por contestar las siguientes preguntas.

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No             | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | En caso afirmativo, sírvase explicar: _____ |
| ¿Está usted bajo el cuidado de un médico ahora?                     | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | En caso afirmativo, sírvase explicar: _____ |
| ¿Alguna vez ha sido hospitalizado o tenido una operación mayor?     | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | En caso afirmativo, sírvase explicar: _____ |
| ¿Ha tenido alguna vez una grave en la cabeza o lesión en el cuello? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | En caso afirmativo, sírvase explicar: _____ |
| ¿Está usted tomando algún medicamento, pastillas, o drogas?         | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | En caso afirmativo, sírvase explicar: _____ |
| ¿Toma o ha tomado, Phen-Fen o Redux?                                | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | _____                                       |
| Si es usted una dieta especial?                                     | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | _____                                       |
| ¿Usa tabaco?  | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | _____                                       |
| ¿Usted utiliza sustancias controladas?                              | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | _____                                       |

Mujeres: ¿Está  Sí  No  
 Pregnant/Trying quedar embarazada?  Sí  No      Tomar anticonceptivos orales?  Sí  No      Enfermería?  Sí  No

Si es usted alérgico a cualquiera de los siguientes?

- Aspirina       Penicilina       Codeína       Acrílico       Metálico       Látex       Anestésicos locales  
 Otros En caso afirmativo, sírvase explicar: \_\_\_\_\_

¿Tiene, o ha tenido, cualquiera de los siguientes?

- |   |   |   |   |
|---|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| SIDA / HIV Positivo                                     | La cortisona Medicina                                   | Hemofilia   | Diálisis renal  |
| Enfermedad de Alzheimer                                 | Abuso de azúcar   | La hepatitis A  | Fiebre reumática  |
| Anafilaxia  | Drogadicción  | La hepatitis B o C                                      | Reumatismo  |
| Anemia  | Fácilmente Sin aliento                                  | Herpes  | Escarlatina   |
| Angina  | Enfisema  | Presión arterial alta                                   | Zona de matojos   |
| Artritis/Gota   | Epilepsia o convulsione                                 | Ronchas o erupción cutánea                              | Enfermedad de células falciformes                       |
| Válvula del corazón artificial                          | Sangrado excesivo                                       | La hipoglucemia   | Problemas del seno                                      |
| Articulación artificial                                 | Sed excesiva  | Latido irregular del corazón                            | Espina Bífida   |
| Asma  | Desmayos / vértigo                                      | Problemas de los riñones                                | Estómago/Intestinal enfermedad                          |
| Enfermedad arterial                                     | Tos frecuente   | Leucemia  | Golpe   |
| Transfusión de sangre                                   | Diarrea frecuente                                       | Enfermedades del Hígado                                 | Hinchazón de las extremidades                           |
| Problema respiratorio                                   | Los dolores de cabeza frecuente                         | Presión arterial baja                                   | Enfermedad de la Tiroides                               |
| Cáncer  | Glaucomas   | Sin enfermedad pulmonar                                 | Amigdalitis   |
| Moretón Fácilmente                                      | Herpes Genita   | Prolapso de la válvula mitral                           | Tuberculosis  |
| Quimioterapia   | Fiebre del heno   | Dolor en la quijada Articulacione                       | Los tumores o crecimientos                              |
| Dolores en el pecho                                     | Ataque del corazón/Fracaso                              | Enfermedad paratiroidea                                 | Úlceras   |
| Herpes labial/Fiebre Ampollas                           | Soplo cardíaco  | Atención Psiquiátrica                                   | Enfermedad venérea                                      |
| Congénitas del Corazón Disordera                        | Corazón marcapasos                                      | Radiación Treatment/ta                                  | La ictericia amarilla                                   |
| Convulsiones  | Problemas del corazón/Enfermedad                        | Pérdida de peso reciente                                |   |

¿Ha tenido alguna enfermedad grave que no figuran más arriba?  Sí  No En caso afirmativo, sírvase explicar: \_\_\_\_\_

Comentarios: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Al mejor de mi conocimiento, las preguntas de esta forma se han contestado exactamente. Entiendo que el proporcionar información incorrecta puede ser peligroso) la salud de mi (o paciente. Es mi responsabilidad informar a la oficina dental de cualquier cambio en el estado médico.

Firma del paciente, padre o tutor \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_