

**Bienvenidos a nuestra oficina. Para mejor servirles, por favor de proveer la siguiente informacion:**

Señor	Apellido	Nombre	Segundo	
Señora		Nombre	Sexo (Por favor circule)	M
Señorita				F

Fecha de Nacimiento	Seguro social
	Correo Electronico

Domicilio del Paciente	Cuidad
	Codigo postal

Numero de celular	Numero de telefono del trabajo
	Numero de telefono de casa

Nombre de Conyuge ( O de Padres o Tutores si el paciente es menor de edad) Padre o Madre	Seguro social de Padre o Madre	Fecha de nacimiento de
--	--------------------------------	------------------------

Lugar de empleo del paciente	suscriptor	Lugar de empleo del
------------------------------	------------	---------------------

Seguro Dental principal	Nombre de Suscriptor
	Numero de Seguro Social de Suscriptor
	Fecha de Nacimiento

Seguro Dental secundario	Nombre de Suscriptor
	Numero de Seguro Social de Suscriptor
	Fecha de Nacimiento

Seguro Medico principal	Nombre de Suscriptor	Numero de Seguro Social de Suscriptor	Fecha de Nacimiento
-------------------------	----------------------	---------------------------------------	---------------------

Nombre de su Dentista general O Ortodontist	A quien podemos agradecer por referirlo a nuestra oficina? Telefono	Nombre de persona en caso de emergencia/ Numero de
---	---	--

Que lo trae a nuestra oficina?

---

Cuales son sus objetivos de tratamiento? Que cambios le gustaria ver en sus dientes, mordida o sonrisa?

---



---

Hay alguna desilusion que haya tenido sobre el tratamiento previo de cirugia dental o oral?

---

---

Por favor responda circulando Si (S) o No (N) si alguna vez ha tenido alguno de los siguientes:

S N Esta visita esta relacionada con lesion, o un tratamiento fallido o cualquier circunstancia que pueda dar lugar a una accion legal?

S N Dientes dolorosos o quebrados  
S N Encias sangrantes  
S N Hinchazon, drenaje en la boca, cara o cuello  
S N Areas entumecidas en la boca o labios o la barbilla  
S N Incapacidad para abrir la boca completamente  
S N Dientes que no encajan o muerden uniformemente  
S N Rechina los dientes o apretado de los dientes

S N Dolor en la articulacion de la mandibula (Quijada)  
S N Estallido o ruido de rejilla en la quijada  
S N Congestion cronica o frecuente nasal/sinusal  
S N Problemas oculares o del oido  
S N Ronquido fuerte  
S N Apnea obstructive del sueño  
S N Otro problema dental \_\_\_\_\_

---

S N Presion Alta  
S N Latidos Irregulares  
S N Ataque Al Corazon Año \_\_\_\_\_  
S N Bypass Coronario, Stents Año \_\_\_\_\_  
S N Valvula Cardiac Artificial Año \_\_\_\_\_  
S N Marcapasos o Desfibrilador Año \_\_\_\_\_  
S N Soplo Cardiaco  
S N Dolor de Pecho  
S N Dificultad respiratoria  
S N Derrame Cerebral  
S N Asma, Enfisema, COPD  
S N Tuberculosis  
S N Hepatitis, enfermedad hepatica  
S N Enfermedad del reflujo Gastrico  
S N Ulceras, enfermedad intestinal  
S N Enfermedad del Riñion  
S N Artritis o Trastornos esqueleticos  
S N Reemplazo total de la coyuntura(s) Año \_\_\_\_\_  
S N Sangrado, trastornos de las coagulacion  
S N Anemia

S N Diabetes  
S N Tiroides, Enfermedad Endocrina  
S N Enfermedad del Sistema Inmunologico, +VIH, SIDA  
S N Convulsiones o Trastornos Nerviosos  
S N Desmayos o Mareos  
S N Dolor Cronico/Fibromialgia  
S N Depresion clinica  
S N Otras Enfermedades Psiquiatricas  
S N Tratamiento de Radiacion, Sitio: \_\_\_\_\_  
S N Quimioterapia contra el Cancer  
S N Uso Previo/Actual de Zometa o Aredia  
S N Uso Previo/Actual de Medicamentos para la Osteoporosis  
S N Alcohol: \_\_\_\_\_ Bedidas/Semana  
S N Tabaco o Otra Nicotina \_\_\_\_\_  
S N Abuso de Drogas Previo/Actual  
S N Describa \_\_\_\_\_  
S N Embarazada  
S N Amamantamiento

Esta bajo el cuidado de un medico para el dolor cronico? S N

Por Favor, describa cualquier enfermedad o condicion grave:

---

---

Por Favor, describa cualquier cirugia o complicaciones previas a la cirugia o anestesia:

---

---

Por Favor, enumere todos los medicamentos actuales o recientes (Adjunte la lista si es necesario):

---

---

Por Favor, enumere todas las alergias medicas significativas:

---

---

Su Altura: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Nombre de su Medico: \_\_\_\_\_

Iniciales Por Favor:

\_\_\_\_\_ Yo, consiento a un examen fisico y de Radiografia y la consulta con mi dentista o medicos.

\_\_\_\_\_ Yo, he recibido y he tenido la oportunidad de leer el actual HIIPPA "Aviso de Practicas de Privacidad" y consentimiento a la divulgacion de mi informacion privada de acuerdo con la politica de esta oficina.

\_\_\_\_\_ **Soy el o la unico/a responsable financiero/a y acepto pagar todo el costo del tratamiento.**- Independientemente de cualquier cobertura de seguro. Autorizo la asignacion de beneficio de Seguro para pagar esta oficina directamente. Esta oficina no es un proveedor de Medicare. Hay cargos por citas fallidas. Si firmo, para un menor de edad, certifico que mi firma solo es suficiente para consentir al tratamiento y que soy el o la unico/a responsable de todos los costos de tratamiento incurridos por el paciente menor.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente Padre/Guardian o Parte Responsable:

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Solamente para uso de la oficina