

Nombre del Paciente: _____ ¿Cómo prefiere que lo llamen? _____ Sexo (Escoja Uno): Masculino Femenino
 Fecha de Nacimiento: ___ / ___ / ___ Edad: _____ Estado Civil (Escoja Uno): Soltero Casado Viudo Separado Divorciado
 #SS: _____ Dirección de Correo: _____ Ciudad: _____ Estado: Postal: : _____
 E-mail: _____ Número de Teléfono: (_____) _____ Cell: (_____) _____
 Compañía de Seguros Dentales: _____ Titular de la Póliza: _____ Fecha de Nacimiento del Titular de la Póliza: _____
 Número de Identificación de la Póliza _____ Teléfono del Trabajo: (_____) _____
 Ocupación: _____ Empleador: _____
 Si es estudiante, Nombre de la Escuela/Universidad: PT FT _____ Ciudad: _____ Estado: : _____ Postal: _____
 ¿A quién podemos agradecerle por referirlo a nuestra oficina? _____

Si la persona responsable del pago es diferente del paciente o si el paciente es un menor, la parte responsable debe completar la siguiente sección. De lo contrario, omite.

Nombre de la Parte Responsable: _____ Relación con el Paciente: _____
 Dirección de Correo: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Postal: _____ Correo Electrónico: _____
 _____ Teléfono de Casa: (_____) _____ Celular: (_____) _____
 Teléfono del Trabajo: (_____) _____ Ocupación: _____ Empleador: _____

Historia Clínica

Día del último examen médico completo: _____ Nombre del Médico: _____ #:de Teléfono del Doctor (_____) _____
 ¿Está tomando algún medicamento, vitaminas o suplementos? Si/No Por favor lístelas: _____
 ¿Está usted embarazada? Si _____ No _____ Si es así, ¿cuantos meses? _____
 Es usted alérgico a: (Selecione todas las que apliquen) Penicilina Codeína Anestésicos locales Látex Otro: _____
 Por favor describa cualquier tratamiento actual, operación inminente o cualquier otra afección médica o dental que tenga.

¿Le han dicho que necesita tomar antibióticos antes de limpiezas dentales u otro tratamiento? Si _____ No _____

Medicamentos & Razón: _____

¿Tiene o ha tenido alguna de las siguientes? Seleccione todas las que apliquen:

- | | | | | |
|--|--|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Orina excesivos | <input type="checkbox"/> Implantes | <input type="checkbox"/> Ictericia | <input type="checkbox"/> Craqueo de la mandíbula |
| <input type="checkbox"/> Tratamientos de Radiación | <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Tos persistente | <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> Boca seca |
| <input type="checkbox"/> Malignidades | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> SIDA, VIH positivo | <input type="checkbox"/> Glaucoma de Ángulo Estrecho | <input type="checkbox"/> Sensibilidad al calor o al frío |
| <input type="checkbox"/> Ataque | <input type="checkbox"/> Ulcera | <input type="checkbox"/> Sangrado prolongado | <input type="checkbox"/> Sensibilidad a la epinefrina | <input type="checkbox"/> Ronquidos |
| <input type="checkbox"/> Ataque al Corazón | <input type="checkbox"/> Problemas de sinus | <input type="checkbox"/> Cuidado psiquiátrico o | <input type="checkbox"/> Encías sangrantes | <input type="checkbox"/> Comida atrapada entre los dientes |
| <input type="checkbox"/> Soplo cardíaco | <input type="checkbox"/> Herpes | <input type="checkbox"/> Problemas nerviosos | <input type="checkbox"/> Mal aliento o sabor agrio | <input type="checkbox"/> Dolor/inflamación (elijá una) |
| <input type="checkbox"/> Una condición del corazón | <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Presión alta o baja | <input type="checkbox"/> Sensaciones de ardor en la boca | <input type="checkbox"/> orejas, ojos, caja |
| <input type="checkbox"/> MVP | <input type="checkbox"/> Fiebre de heno | <input type="checkbox"/> presión (escoja uno) | <input type="checkbox"/> Dolor en la mandíbula | <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza/migrañas, |
| <input type="checkbox"/> Reumatismo | <input type="checkbox"/> Reemplazo de articulaciones | <input type="checkbox"/> Epilepsia | <input type="checkbox"/> ¿Es difícil para usted abrir grande? | <input type="checkbox"/> Rigidez en el cuello, Dolor en la mandíbula, |
| <input type="checkbox"/> Marcapasos | | | | <input type="checkbox"/> o TMJ (elijá una) |

¿Qué es lo más importante para usted sobre sus dientes? _____

¿Cómo califica la apariencia de su sonrisa? (Selecione una) Excelente Buena Razonable Mala

¿Si pudiera cambiar algo acerca de su sonrisa qué cambiaría? _____

¿Tener tratamiento dental lo asusta o lo pone nervioso? Si No Si es así, ¿qué cosas específicas lo molestan? _____

Preferencias de Comunicación:

No dejar un mensaje detallado a oficina puede dejar un mensaje detallado que pueda contener información médica/dental en el/los siguiente(s) número(s) de teléfono(s) Celular Casa

¿Hay alguien además del paciente con quien podamos hablar con respecto a cualquier información del tratamiento dental?

Nombre de la Persona: _____ Relación con el Paciente: _____

Certifico que toda la información (incluidos los registros médicos, personales y de seguro) es verdadera y completa. Doy mi permiso completo a Dental Care Hillsborough para revisar y verificar mi historial de crédito y/o empleo. Además, entiendo que Dental Care Hillsborough me ayudará a presentar mis reclamos, pero la cobertura de seguro que tengo para servicios dentales puede variar y dependerá de mi plan de seguro. Entiendo que soy responsable de todas las tarifas y servicios. Dado que nuestros médicos a menudo brindan educación continua a otros médicos, doy mi permiso para usar mis fotos con fines educativos. Doy permiso para que se graben las llamadas telefónicas y las visitas con fines de capacitación interna. Si el paciente es menor de edad, como parte responsable doy permiso, en mi ausencia, para realizar exámenes, limpiezas dentales y radiografías necesarias como parte de la atención de rutina para este paciente. Requerimos un aviso con 48 horas de anticipación si no puede asistir a su cita. De lo contrario, podría generar un cargo. Los cargos financieros se evaluarán en cualquier cuenta con un vencimiento de 60 días o más a una tasa de 1.5% por mes. Gracias por su cooperación

Firma del Paciente o Guardian: _____ Fecha: _____ / _____ / _____