

Bienvenido



Información del paciente

Dirigido por todos el personal sanitario constituido para el servicio de atención. (Por favor, leer este formulario en forma de tener alguna pregunta o preocupación, no dude pedir ayuda. Seremos muy buenos en ayudarle.)
(Por favor, escriba en letra de molde)

Nombre _____ Fecha _____ N.º de identificación del paciente/EMER _____

Fecha: hora de ingreso en esta Unidad _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Sexo: Masculino Femenino Fecha de nacimiento _____ Edad _____

Teléfono de la casa (_____) _____ Celular (_____) _____ Teléfono del trabajo (_____) _____

Profesión que lo lleva al momento de: La casa El trabajo Clínica No tengo profesión

Casado Viudo Soltero Menor de edad Separado Divorciado No está con su pareja por _____ años

Empleador o escuela del paciente _____ Ocupación _____

Dirección del empleador o escuela _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Nombre de su pareja o su pareja fallecida _____ Empleador _____ Teléfono del trabajo (_____) _____

¿Qué le está sucediendo? _____

Pariente con quien comunicarse en caso de emergencia _____ Teléfono (_____) _____

Parte responsable

Nombre de la persona responsable de esta cuenta _____

Relación con el paciente _____ Teléfono (_____) _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Nombre del empleador _____ Teléfono del trabajo (_____) _____

Información del seguro

Nombre del asegurador _____ Relación con el paciente _____

Fecha de nacimiento _____ N.º de Seguro Social _____ Fecha de contratación _____

Nombre del empleador _____ Teléfono del trabajo (_____) _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Compañía de seguro _____ N.º de pape _____ N.º del empleador _____

Dirección de la Cía. de seguro _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

¿Cuánto es su salario? _____ ¿Cuánto ha cobrado? _____ ¿Cuál es el beneficio anual mínimo? _____

¿Tiene seguro adicional? No Sí DE TIENE, INDICAR DE LEJAS LO SIGUIENTE:

Nombre del asegurador _____ Relación con el paciente _____

Fecha de nacimiento _____ N.º de Seguro Social _____ Fecha de contratación _____

Nombre del empleador _____ Teléfono del trabajo _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Compañía de seguro _____ N.º de pape _____ N.º del empleador _____

Dirección de la Cía. de seguro _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

¿Cuánto es su salario? _____ ¿Cuánto ha cobrado? _____ ¿Cuál es el beneficio anual mínimo? _____

CONFIDENCIAL

Historial dental

Nombre _____ Edad _____ Fecha del último examen dental _____

Declaro anterior _____ Fecha de las últimas radiografías dentales _____

Motivo de la visita de hoy _____

¿Qué tan frecuente se lava los dientes? _____ ¿Qué tan frecuente se limpia los dientes con hilo dental? _____

Por favor, marque cualquiera de las siguientes condiciones que se apliquen a usted:

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Mal aliento | <input type="checkbox"/> Apretos los dientes | <input type="checkbox"/> Sensible al calor |
| <input type="checkbox"/> Encías que sangran | <input type="checkbox"/> Dientes flojos o sueltos entre | <input type="checkbox"/> Sensible al frío |
| <input type="checkbox"/> Dolorado en la ojalada | <input type="checkbox"/> Trastornos periodontal | <input type="checkbox"/> Sensible al sonido |
| <input type="checkbox"/> Acumulación de cálculos entre los dientes | <input type="checkbox"/> Sensible al tacto | <input type="checkbox"/> Llagas o bultos en la boca |

Historial médico

Médico _____ Fecha de la consulta más reciente _____

Indique todos los medicamentos que toma actualmente: _____

Alergias: _____

¿Mujeres? ¿Está embarazada? Sí No ¿Amamanta? Sí No ¿Toma píldoras anticonceptivas? Sí No
Marque con una (✓) si ha tenido alguno de los siguientes:

- | | | | |
|--|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Sífilis | <input type="checkbox"/> Lesiones cardiacas complejas | <input type="checkbox"/> Hipertensión | <input type="checkbox"/> Fiebre recurrente |
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Tratamiento con corticoes | <input type="checkbox"/> Separación de la leche | <input type="checkbox"/> Fiebre recurrente |
| <input type="checkbox"/> Aftas, úlceras | <input type="checkbox"/> Los parosistas | <input type="checkbox"/> Hilo parosistas sangrales | <input type="checkbox"/> Hilo de tosquidosis |
| <input type="checkbox"/> Vibración cardiacas anormales | <input type="checkbox"/> Los con sangre | <input type="checkbox"/> VIH Positivo | <input type="checkbox"/> Sangrado de la piel |
| <input type="checkbox"/> Arteriosclerosis anormales | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Dolor en la espalda | <input type="checkbox"/> Embolia cerebral |
| <input type="checkbox"/> Anos | <input type="checkbox"/> Epilepsia | <input type="checkbox"/> Intolerancia de los azúcares | <input type="checkbox"/> Nicturia de los gas o los sueños |
| <input type="checkbox"/> Problemas de la espalda | <input type="checkbox"/> Desmayos | <input type="checkbox"/> Intolerancia del triptano | <input type="checkbox"/> Problemas de la tiroides |
| <input type="checkbox"/> Sangrado anormal | <input type="checkbox"/> Glaucoma | <input type="checkbox"/> Problemas de la vejiga o del | <input type="checkbox"/> Hilo de alcohol |
| <input type="checkbox"/> Intolerancia de la sangre | <input type="checkbox"/> Dolor de cabeza | <input type="checkbox"/> Problemas de los nervios | <input type="checkbox"/> Anemia |
| <input type="checkbox"/> Cáncer | <input type="checkbox"/> Sepse en el corazón | <input type="checkbox"/> Manos y | <input type="checkbox"/> Tuberculosis |
| <input type="checkbox"/> Depósitos de calcio-génes | <input type="checkbox"/> Problemas del corazón | <input type="checkbox"/> Anemia porquímica | <input type="checkbox"/> Osteo |
| <input type="checkbox"/> Quimioterapia | <input type="checkbox"/> Desahido | <input type="checkbox"/> Tratamiento con radiación | <input type="checkbox"/> Intolerancia a lactosa |
| <input type="checkbox"/> Problemas de la circulación | <input type="checkbox"/> Hinchazón | <input type="checkbox"/> Intolerancia a gluten | |

¿Ha tomado alguna vez alguno de estos medicamentos?

- | | | | |
|---|-------------------------------------|------------------------------------|---------------------------------|
| Medicamentos dietéticos: <input type="checkbox"/> Desulfoniasinas | <input type="checkbox"/> Etozifina | <input type="checkbox"/> Prednison | <input type="checkbox"/> Rofina |
| Antibióticos de la sangre: <input type="checkbox"/> Clonazepam | <input type="checkbox"/> Warfarina | | |
| Otro: <input type="checkbox"/> Levodopa | <input type="checkbox"/> Nifedipina | | |

Certificación y Traspaso

La información proporcionada es completa y correcta en el total y entiendo Entiendo que es mi responsabilidad informar al médico si hay algún cambio en mi salud o en la salud de mi hijo(a) menor de edad.

Concluyo que yo y/o mi(s) dependiente(s), voluntariamente aceptamos de seguir con:

y traspaso directamente al Dr. _____

todos los beneficios del seguro, o los habidos, que de otra manera

serían pagados a mí por servicios personales. Entiendo que soy voluntariamente responsable por todos los cargos incurridos, sean o no pagados por el seguro. Asimismo el uso de mi firma en todas las notificaciones que se presenten ante el seguro.

El doctor mencionado anteriormente puede usar la información del contenido de la salud misma de mí y puede divulgar dicha información a la(s) Compañía(s) de Seguro (aseguradora) anteriormente y a sus agentes con el fin de obtener pago por los servicios y determinar los beneficios del seguro o los beneficios pagaderos que los servicios mencionados. Esta autorización continúa cuando el plan de seguro sea cancelado o completo o es otro después de la fecha indicada o certificación.

Firma del Paciente, Padre/Madre, Tercero Representante Menor

Fecha

Firma en caso de recibir el nombre de Paciente, Padre/Madre, Tercero Representante Menor

Indicará con el Paciente

Este formulario es una propiedad de la American Dental Association
© 2004 de la ADA. No puede ser usado sin autorización.

