



Bienvenidos

Gracias por confiar en nosotros con su cuidado dental. Nos comprometemos a hacer nuestro mejor esfuerzo para proporcionarle la mejor atención disponible. Si usted tiene alguna pregunta no dude en llamarnos.

Registro del Paciente

Nombre _____ Fecha de Nacimiento _____ # de Tel. casa: _____
Dirección-Calle _____ Ciudad _____ Estado _____
Código _____
Sexo: Masculino Femenino Soltero(a) Casado(a) Viudo(a) Separado(a) Divorciado(a) Estudiante
Dirección de Correo Electrónico _____ #de Cell. _____
Empleado(a) por: _____ # de Tel. _____
Dirección de Empleador: _____
Nombre del Cónyuge/Padre o Madre _____ Empleador: _____
A quien podemos agradecer por habernos referido a Ud.? _____
¿En caso de emergencia, a quien se deberá notificar? _____

Responsable

Nombre de persona responsable por esta cuenta: _____ Relación al paciente _____
Dirección: _____ #de Tel. de casa: _____
#de licencia: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Empleador: _____
#de Tel de Trabajo: _____ # de Tel de Cel.: _____
¿Actualmente un paciente en nuestra oficina? _____ Correo Electrónico _____

Información sobre Seguro

Nombre del asegurado: _____ Relación al paciente _____
Fecha de Nacimiento: _____ Seguro Social: _____
Nombre de Empleador: _____ # de Tel. de Trabajo: _____

Historia Dental

Motivo de la visita de hoy _____ fecha de la última atención dental _____
Dentista antiguo: _____ Fecha de última radiografía dental _____
Dirección: _____

(Circule lo que corresponde)

Olor de boca	Enfermedad Periodontal	llagas o crecimientos en la boca
Sangrado de las encías	Sensibilidad a lo frio	Colección de comida entre los dientes
Estallido de la mandíbula	Sensibilidad a lo caliente	
Rechinar de dientes	Sensibilidad a lo dulce	
Dientes flojos o relleno roto	Sensibilidad cuando muerde	

¿Con qué frecuencia usa hilo dental? _____ ¿Con qué frecuencia se cepilla los dientes?

Historia Médica

Nombre del médico _____ Fecha del último examen
físico _____

¿Ha tomado Ud. Alguna vez algún medicamento del grupo al que se conoce como “fenfen” (fenphen, en ingles.) Esto incluye combinaciones de Ionimin, Adipex, Fastin (nombres de marcas de fentermina), Pondimin (fenfluramina) y Redux (dexfenfluramina). (Circule) Si No

¿Ha tenido una enfermedad seria o operación? Si No /Si la respuesta es afirmativa ¿Cuál? _____

¿Ha tenido transfusión de sangre? Si No Si la respuesta es afirmativa, de fechas aproximadas?

(Mujeres) ¿Está embarazada? Si No ¿Esta Ud. Amamantando a un bebe? Si No

¿Ha tenido Ud. Alguna vez algo de lo siguiente? (circule lo que corresponda)

Anemia	Lesiones cardíacas congénitas	Reparación de Hernia
Artritis/Reumatismo	Tratamientos de cortisona	Alta Presión
Válvulas cardíacas artificiales	Tos persistente	HIV/SIDA
Asma	Tose sangre	Dolor en Mandíbula
Problemas con la espalda	Diabetes	Enfermedad de riñón
Sangrado anormal	Epilepsia	Enfermedad del hígado
Enfermedad de la sangre	Desmayos	Marcapasos
Cáncer	Glaucoma	Tratamientos de
Radiación		
Dependencia química	Dolores de cabeza	Enfermedad de
respiración		
Quimioterapia	Soplo cardíaco	Fiebre Reumática
Problemas Circulatorios	Problemas del corazón	Escarlatina
Hemofilia	Hepatitis	Dificultad para respirar
Erupciones en la piel	Carrera	Problemas de la tiroides
Habito del Tabaco	Amigdalitis	Tuberculización
Ulcera	Enfermedad Venérea	

¿Hay alguna otra cosa que nosotros debiéramos saber sobre su historia clínica?

Medicamentos que está tomando actualmente:

Alergias:

La información de arriba es correcta y completa, a mi leal saber y entender, y se proporciona con el único objeto de que se use en mi tratamiento, para facturación, y para procesamiento ante el seguro de los beneficios a los que tengo derecho. Yo no hare responsable a mi dentista ni a ningún integrante de su personal por errores u omisiones que yo pueda haber cometido al llenar este formulario.

Fecha _____

Firma _____