

Bienvenido

Fidel Delgadillo, D. D. S.

Información del Paciente

Nombre Completo _____
del seguro social _____
Direccion _____
Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____
M __ F __ Fecha de nacimiento _____
Soltero ___ Casado ___ Viudo ___ Seperado ___ Divorciado ___
Menor de edad ___ Persona responsable _____

Empleo _____
Empleador _____
Dirección del trabajo _____
Número de empleo(_____) _____
Nombre de esposa/o _____
Fecha de nacimiento _____ #SS _____
Empleo _____
Quien lo referio a nosotros? _____

Historial Dental

Dentista Anterior _____ Teléfono _____
Motivo de la cita de hoy _____
Fecha del examen más reciente _____ Fecha de las radiografías dentales más recientes _____
Con qué frecuencia se cepilla los dientes? _____ Con que frecuencia usa hilo dental? _____

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

Mal aliento	Encías que sangran	Ruido/Sonido en la quijada	Acumulacion de comida entre los dientes
Aprieta los dientes	Dientes flojos	Rellenos quebrados	Tratamiento de encías
Sensible al calor	Sensible al dulce	Sensible al morder	Sensible al frío
Rechina los dientes	Ronca Llagas o fuegos	Fuma	Tratamiento Ortodoncia

Historial Médico

Medico _____ Fecha de consulta médica más reciente _____
Estás bajo el cuidado de un médico ahora?Por qué? _____ Nombre del Médico _____

Seguro Dental

Nombre responsable de la persona de esta cuenta _____
#SS _____ Teléfono(_____) _____
Relación con el paciente _____
Nombre de Aseguranza _____
Número de Aseguranza _____

Datos de Contacto

Casa(_____) _____ Celular(_____) _____
Cuando y a que numero lo puedo localizar:

Persona con quien comunicarnos en caso de emergencia:
Nombre _____
Teléfono(_____) _____
Relación con el paciente _____

Tiene usted, o ha tenido alguna de las siguientes condiciones?

Sida _____	Tratamientos con cortisona _____	Hepatitis _____	Fiebre reumática _____
Anemia _____	Tos persistente _____	Alta presión sanguínea _____	Fiebre escarlata _____
Artritis, reumatismo _____	Tos con sangre _____	Positivo al VIH _____	Falta de respiración _____
Diabetes _____	Dolor en la quijada _____	Erupción de la piel _____	Embolia Cerebral _____
Epilepsia _____	Válvulas cardíacas artificiales _____	Enfermedad de los riñones _____	Alcoholismo _____
Asma _____	Desmayos _____	Enfermedad del hígado _____	Amigadaltis _____
Problemas de la espalda _____	Glaucoma _____	Prolapso de la válvula mitral _____	Tuberculosis _____
Enfermedad de la sangre _____	Dolores de cabeza _____	Problemas de los nervios _____	Úlceras _____
Cáncer _____	Soplo en el corazón _____	Marcapasos _____	Enfermedad ven _____
Atención psiquiátrica? _____	Quimioterapia _____	Tratamiento con radiación _____	Hemofilia _____
Problemas de la circulación _____	Enfermedad respiratoria _____	Problemas de la tiroides _____	Hinchado de los pies o los tobillos _____
Articulaciones/coyunturas artificiales _____	Problemas del corazon, Describalos _____		

Alguna vez ha tenido alguna otra enfermedad no mencionada anteriormente?

Usa lentes de contacto? Si O No

Alguna vez ha sido hospitalizado o ha tenido una operación importante? _____

Alguna vez ha tenido una lesión grave en la cabeza o el cuello? _____

Estás en una dieta especial? _____

Estás tomando medicamentos, píldoras y drogas? _____

Desea hablar con el dentista en privado sobre cualquier problema? Si O No

Mujer:

Está embarazada? _____ Cuando se alivia? _____ Está Amamantando? _____

Toma anticonceptivos? _____

Medicamentos

Nombra los medicamentos que está tomando y el diagnóstico correlacionado: _____

Alergias

Aspirina Iodine
Penicilina codeína
Acrílico Metales
Guantes de látex Barbitúricos (pastillas para dormir)

Otra Alergia: _____

Autorización

Yo entiendo que la información anterior es necesaria para proveer tratamiento dental seguro y eficiente. He contestado con la verdad y no considero responsable a mi dentista ni a los miembros de su personal, cualquier error o omisión que yo haya hecho. Comprendo que proveer información incorrecta puede poner mi salud en peligro.

Autorizo y solicito que mi compañía de seguro le pague directamente al dentista los beneficios del seguro. Comprendo que es posible que mi seguro dental pague menos del total de la factura por los servicios prestados, acepto hacerme responsable del pago de todos los servicios prestados a favor mío o de mis dependientes.



Fecha: _____