

# Bienvenido

El privilegio de una sonrisa alegre, saludable es infinito. Nuestro objetivo es ayudarle a lograr y mantener una salud oral óptima. Por favor, sírvase llenar a cabalidad el siguiente cuestionario. Recuerde que establecer una buena comunicación influye en que usted reciba un buen servicio.

## Uno INFORMACION PERSONAL

Fecha: \_\_\_\_\_

**Nombre:** \_\_\_\_\_  
Apellido                      Nombre                      Inicial      Sr.      Sra.      Sita      Dk.

Prefiero ser llamado: \_\_\_\_\_  Hombre  Mujer

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Num. SS: \_\_\_\_\_

Dirección Residencial: \_\_\_\_\_  
Calle \_\_\_\_\_ Num. Apt. \_\_\_\_\_  
Ciudad                      Estado                      Código Postal

Estado Civil: \_\_\_\_\_  
 Soltero(a)  Casado(a)  Viudo(a)  Separado(a)  Divorciado(a)

Tel. Casa: \_\_\_\_\_

Casa: \_\_\_\_\_ Otro Num.: \_\_\_\_\_

Tel Trabajo: \_\_\_\_\_ Ext: \_\_\_\_\_ Num. Lic.: \_\_\_\_\_

**Nombre del Patrono:** \_\_\_\_\_

Dirección del Patrono: \_\_\_\_\_

Tiempo de Permanencia: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_

Indique dónde y cuándo es el tiempo más conveniente para hablar con usted.  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Indique por quién fue referido para proceder a darle las gracias.  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Mencione nombre de otros miembros de su familia atendidos por nosotros:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Nombre de su dentista: anterior/actual: \_\_\_\_\_  
Marque con un Círculo

Fecha de su última visita: \_\_\_\_\_

## Dos INFORMACION DEL CONYUGE

Nombre: \_\_\_\_\_

Nombre del Patrono: \_\_\_\_\_

Num. de Teléfono del Trabajo: \_\_\_\_\_ Ext: \_\_\_\_\_ Num. SS: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Num. Lic.: \_\_\_\_\_

**Persona Responsable de esta Cuenta:** \_\_\_\_\_

Num. de Teléfono del Trabajo: \_\_\_\_\_ Ext: \_\_\_\_\_ Num. SS: \_\_\_\_\_

Envíese Cuenta a esta Dirección: \_\_\_\_\_

Relación: \_\_\_\_\_ Num. SS: \_\_\_\_\_

Nombre del Patrono: \_\_\_\_\_ Num. Lic.: \_\_\_\_\_

## Tres SEGURO DENTAL PRIMARIO

Nombre de la Compañía Aseguradora: \_\_\_\_\_

Dirección de la Compañía Aseguradora: \_\_\_\_\_

Num. de Teléfono de la Compañía Aseguradora: \_\_\_\_\_

Num. de Grupo (Plan, Local o Póliza Num.): \_\_\_\_\_

Nombre del Asegurado: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento del Asegurado: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Num. SS del Asegurado: \_\_\_\_\_

Nombre del Patrono del Asegurado: \_\_\_\_\_

## Cuatro SEGURO DENTAL SECUNDARIO

Nombre de la Compañía Aseguradora: \_\_\_\_\_

Dirección de la Compañía Aseguradora: \_\_\_\_\_

Num. de Teléfono de la Compañía Aseguradora: \_\_\_\_\_

Num. de Grupo (Plan o Num. de Póliza): \_\_\_\_\_

Nombre del Asegurado: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento del Asegurado: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Num. SS del Asegurado: \_\_\_\_\_

Nombre del Patrono del Asegurado: \_\_\_\_\_

**En caso de una emergencia  
¿hay alguna persona cercana a usted a  
quien nos podamos dirigir?**

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Num. Teléfono: \_\_\_\_\_  
CASA                      TRABAJO

## Cinco HISTORIAL MEDICO

**¿Tiene Usted un médico?**  Si  No

Nombre del Médico: \_\_\_\_\_

Num. de Teléfono: \_\_\_\_\_ Fecha de su última visita: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**CONTINÚA AL DORSO**



# Seis

## HISTORIAL MEDICO *continúa*

**Actualmente su salud física es:**  Buena  Regular  Pobre

¿Está usted bajo el cuidado de algún médico?  Si  No

Explique, por favor: \_\_\_\_\_

¿Usa usted algún medicamento por su cuenta?  Si  No

Favor de enumerar: \_\_\_\_\_

Para Mujeres: ¿Toma usted píldoras anti-conceptivas?  Si  No

¿Está usted embarazada?  Si  No Num. de Semanas: \_\_\_\_\_

¿Está usted lactando?  Si  No

### ¿Ha padecido usted de alguna de las siguientes enfermedades o problemas médicos?

- |   |  |
|---|--|
| Si No Anemia / Tratamiento de Radiación   | Si No Cirugía de Corazón / Marcapaso         |
| Si No Huesos Artificiales / Coyunturas    | Si No Hemofilia / Sangra con facilidad       |
| Si No Válvulas Artificiales               | Si No Hepatitis                              |
| Si No Asma / Artritis                     | Si No Presión Arterial Alta / Baja           |
| Si No Transfusión de Sangre               | Si No SIDA / "HIV"                           |
| Si No Cáncer / Quimioterapia              | Si No Hospitalizado por alguna razón         |
| Si No Defecto Congénito del Corazón       | Si No Problemas del Riñón                    |
| Si No Diabetes / Tuberculosis (TB)        | Si No Prolapso: Válvula Mitral               |
| Si No Dificultades Respiratorias          | Si No Problemas Psiquiátricos                |
| Si No Abuso de Drogas / Alcohol           | Si No Fiebre Reumática / Fiebre Escarlatina  |
| Si No Enfisema / Glaucoma                 | Si No Dolores de Cabeza Severos / Frecuentes |
| Si No Epilepsia / Convulsiones / Desmayos | Si No Herpes Zoster / Culebrilla             |
| Si No Ampollas / Herpes                   | Si No Sinusitis                              |
| Si No Ataque del Corazón / Derrame        | Si No Ulceras / Colitis                      |
| Si No Sople                               | Si No Enfermedades Venéreas                  |

Por favor, enumere cualquier otra condición médica seria que haya padecido.

\_\_\_\_\_

### ¿Es usted alérgico a alguno de los siguientes medicamentos?

- |                         |                    |                    |
|-------------------------|--------------------|--------------------|
| Si No Anestésico Dental | Si No Eritromicina | Si No Penicilina   |
| Si No Aspirina          | Si No Latex        | Si No Tetraciclina |
| Si No Codeína           | Si No Otros        |                    |

Por favor, enumere cualquier otro medicamento al cual sea usted alérgico:

\_\_\_\_\_

# Siete

## HISTORIAL DENTAL

**Razón por la cual visita al dentista hoy:** \_\_\_\_\_

¿Siente dolor?  Si  No ¿Ha tenido problemas serios con algún tratamiento dental previo?  Si  No

### ¿Ha sentido usted dolor o molestia en la coyuntura temporomandibular (TMJ, TMD)?

Si  No

Actualmente su salud dental es:  Buena  Regular  Pobre

¿Le gusta su sonrisa?  Si  No ¿Sangran sus encías?  Si  No

¿Cuántas veces al día usa el hilo dental? \_\_\_\_\_

¿Cuántas veces al día se cepilla? \_\_\_\_\_

¿Tipo de cepillo que usa?  Duro  Mediano  Suave

A mi mejor entender, la información dada hoy es correcta. También entiendo que la misma es confidencial y que es mi responsabilidad notificar a la oficina cambios en mi condición de salud. Autorizo al personal dental a practicar los servicios dentales que sean necesarios para luego de haber sido informado dar mi consentimiento para diagnóstico y tratamiento.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**De no haber sido aprobado otro convenio, el total de su cuenta debe ser cubierto al recibir el tratamiento.**

**Gracias por llenar este cuestionario completamente. El mismo ayudará a servirle efectivamente. Nos complacerá contestar sus preguntas.**

Nuestra oficina está comprometida a cumplir o a superar las regulaciones de control de infección según ordenadas por OSHA, CDC y el ADA.

## USO OFICIAL USO OFICIAL USO OFICIAL USO OFICIAL USO OFICIAL

Yo he revisado verbalmente la información médica / dental que aparece arriba con el paciente aquí mencionado. Iniciales: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Comentarios del Dentista:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### HISTORIAL MEDICO AL DIA

1. Fecha: \_\_\_\_\_ Comentarios: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

2. Fecha: \_\_\_\_\_ Comentarios: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

3. Fecha: \_\_\_\_\_ Comentarios: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_