

# 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. Srta. Dr.

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 Úlceras / Colitis                      |
| Si No Soplo                               | 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 ☐ NoActualmente 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: \_\_\_\_\_