

Perfect Dental of Bay City

<p><u>Paciente</u></p> <p>Nombre: _____</p> <p>Dirección: _____</p> <p>Ciudad: _____</p> <p>Código Postal _____</p> <p>Teléfono: _____</p> <p>Correo electrónico: _____</p> <p>SSN#: _____</p> <p>Edad: _____ Fecha de nacimiento: _____</p>	<p><u>Conocer a usted</u></p> <p>(¿Tienes familiares que necesitan cuidado dental? Si es así, por favor indique nombre y relación.)</p> <p>1. _____ 2. _____</p> <p><u>Cómo se enteró acerca de nosotros?</u></p> <p>(Marque uno)</p> <p><input type="checkbox"/> Familia - Amigo</p> <p><input type="checkbox"/> Internet/Google</p> <p><input type="checkbox"/> Volante</p> <p><input type="checkbox"/> Seguro Dental</p> <p><input type="checkbox"/> Signo De Oficina</p> <p><input type="checkbox"/> Otro</p>
<p><u>Parte Responsable</u></p> <p>(Parte responsable si igual que la anterior, favor de enviar)</p> <p>Nombre: _____</p> <p>Teléfono: _____</p> <p>La relación : _____</p> <p>Fecha de nacimiento: _____</p>	<p><u>Contacto De Emergencia</u></p> <p>Nombre: _____</p> <p>Teléfono : _____</p> <p>Médico: _____</p> <p>Nombre: _____</p>

1. Certifico que la información brindada es precisa y se confiara en ella para otorgar crédito y proporcionar servicios dentales. Entiendo que soy el responsable financiero de los costos que, por cualquier motivo, no estén cubiertos ni pagados por mi seguro.
2. Al firmar abajo, los autorizo a verificar la información sobre mi y sobre cualquier otro solicitante y a intercambiar dicha información, incluso a solicitar informes a agencias de informes crediticios.
3. Autorizo el pago directo al odontólogo de todos los beneficios del seguro grupal que de otro modo, se me pagarían a mi. Entiendo que soy el responsable financiero de cualquier costo no cubierto por esta autorización. Autorizo la revelación de todo tipo de información relacionada con cualquier tipo de reclamos dentales.
4. Entiendo que este consultorio dental es propiedad de un odontólogo independiente y es administrado por dicha persona. Admito que cada dentista es el responsable individual de la atención dental que me otorga y que ningún otro dentista o entidad corporativa es responsable de mi tratamiento dental.

Firma del responsable

Fecha

SIGUIENTE



NOMBRE DEL PACIENTE: _____

HISTORIA DE SALUD

HISTORIA CLINICA DENTAL

Razon de la visita: _____ Cuando fue por ultima vez a un dentista: _____

Nombre de su dentista anteriormente: _____ Fecha de ultima radiografia: _____

Direccion: _____

Marque (/) si le aplican a usted:

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Mal Aliento | <input type="checkbox"/> Rechina los dientes | <input type="checkbox"/> Sensible al calor |
| <input type="checkbox"/> Sangran fácilmente las encías | <input type="checkbox"/> Dientes flojos o quebrados | <input type="checkbox"/> Sensible a lo dulce |
| <input type="checkbox"/> Clic en la mandíbula | <input type="checkbox"/> Tratamiento de las encías | <input type="checkbox"/> Sensible cuando comp |
| <input type="checkbox"/> Comida coletando en los dientes | <input type="checkbox"/> Sensible al frio | <input type="checkbox"/> Sensibilidad o lesiones en la boca |

HISTORIA CLINICA

Nombre del medico: _____ Ultima visita: _____

¿Alguna vez a fumado fuma? [] Si [] No

¿Ha alguna vez sufrido de una enfermedad seria o operación? [] Si [] No

¿Ha tenido una trasfusión de sangre? [] Si [] No

(Mujer) ¿Esta embarazada? [] Si [] No ¿Lactancia? [] Si [] No ¿Tomando medicamento anticonceptivos? [] Si [No

Marque (/) si a tenido o tiene una de los siguientes: Ningun Problema De Salud

- | | | | |
|--|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> lesiones del corazon | <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> Escarlatina |
| <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Tratamientos de esteroides | <input type="checkbox"/> Hernia | <input type="checkbox"/> Prob. Respiratorios |
| <input type="checkbox"/> Reemplazo de articulacione | <input type="checkbox"/> Tos Constantemente | <input type="checkbox"/> Presion alta | <input type="checkbox"/> Prob. Con la piel |
| <input type="checkbox"/> articulaciones artificiales | <input type="checkbox"/> Tos con sangre | <input type="checkbox"/> SIDA/VIH+ | <input type="checkbox"/> Derrame cerebral |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Dolor de mandibula | <input type="checkbox"/> Pies Hinchados |
| <input type="checkbox"/> Problemas con la espalda | <input type="checkbox"/> Epilepsia | <input type="checkbox"/> Enfermedad Renal | <input type="checkbox"/> Prob. De Tiroides |
| <input type="checkbox"/> Hemorragias | <input type="checkbox"/> Desmayos | <input type="checkbox"/> Problemas hepáticos | <input type="checkbox"/> Tabaquismo |
| <input type="checkbox"/> Prob. De sangre | <input type="checkbox"/> Glaucoma | <input type="checkbox"/> Prolapso de la valvula mitral | <input type="checkbox"/> Anginas |
| <input type="checkbox"/> Cancer | <input type="checkbox"/> Dolor de cabeza | <input type="checkbox"/> Marcapasos | <input type="checkbox"/> Tuberculosis |
| <input type="checkbox"/> Adiccion a drogas | <input type="checkbox"/> Soplo Cardiac | <input type="checkbox"/> Radioterapia | <input type="checkbox"/> Ulcera |
| <input type="checkbox"/> Quimioterapia | <input type="checkbox"/> Problemas Cardiacos | <input type="checkbox"/> Enfermedad pulmonar | <input type="checkbox"/> Enfermedad Venerea |
| <input type="checkbox"/> Prob. Circulatorios | <input type="checkbox"/> Hemofilia | <input type="checkbox"/> Fiebre Reunatica | |

Lista de medicamentos que esta tomando: NO Medicación

ALERGIAS: NO Alergias

- | | | | |
|---|--|---------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Aspirinas | <input type="checkbox"/> Anestésicos locales | <input type="checkbox"/> Iodine | <input type="checkbox"/> Otro |
| <input type="checkbox"/> Barbiturates (para dormir) | <input type="checkbox"/> Penicilina | <input type="checkbox"/> Latex | |
| <input type="checkbox"/> Codeina, | <input type="checkbox"/> Sulfa | <input type="checkbox"/> Nada | |

He respondido todas las preguntas en su totalidad y con precisión, según mi leal saber y entender. Informare a mi odontólogo de cualquier cambio en mi salud y/o medicación. Certifico también que doy consentimiento para realizarme radiografias y un examer oral.

Firma del paciente

Fecha

Padre/madre si el paciente es menor de edad

Fecha