

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre del paciente: _____ Email: _____ Fecha: _____
Apellido Nombre Inicial del segundo nombre

Dirección: _____
Calle Depto. # Ciudad Estado Código postal

Fecha de nacimiento: ___/___/___ Teléfono: Particular: _____ Trabajo: _____ Celular/Bíper: _____

Estatura: _____ Peso: _____ Sexo: M F Marque la celda apropiada: Menor Soltero Casado Viudo Separado
Si es usted estudiante, _____ Tiempo completo Medio tiempo

Nombre de la escuela / universidad _____ Ciudad _____ Estado _____ Grado _____
Empleador del paciente: _____ Ocupación: _____ Núm. del Seguro Social: _____

Dirección de su trabajo: _____
Calle Oficina núm. Ciudad Estado Código postal

Nombre de su cónyuge: _____ Empleador: _____ Teléfono en el trabajo: _____

Persona con quién comunicarse en caso de emergencia: _____ Parentesco: _____ Teléfono: _____

Si usted llena este formulario en nombre de otra persona, ¿Qué relación o parentesco hay entre ustedes? _____

Quien lo referio a nuestra oficina? O como escucho usted sobre nuestra oficina? _____

Nombre de la persona responsable de esta cuenta: _____ Relación con el paciente: _____

Dirección (si es distinta de la anterior): _____
Calle Depto. # Ciudad Estado Código postal

Fecha de nacimiento: ___/___/___ Teléfono: Particular: _____ Trabajo: _____

Núm. del Seguro Social: _____ Núm. de la licencia de conducir: _____

Información sobre su cobertura dental principal Si usted NO tiene una cobertura principal, por favor marque esta celda:

Nombre del asegurado: _____ Relación con el paciente: _____ Fecha de nacimiento: ___/___/___

Dirección (si es distinta de la anterior): _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Núm. del Seguro Social: _____ Núm. de la licencia de conducir: _____ Fecha en que fue contratado: _____

Nombre del empleador: _____ Sindicato o local: _____ Teléfono: Trabajo: _____ Particular: _____

Dirección del empleador: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Compañía de seguro dental: _____ Núm. de grupo: _____ Póliza/Núm. de identificación: _____

Información sobre su cobertura dental secundaria Si usted NO tiene una cobertura secundaria, por favor marque esta celda:

Nombre del asegurado: _____ Relación con el paciente: _____ Fecha de nacimiento: ___/___/___

Dirección (si es distinta de la anterior): _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Núm. del Seguro Social: _____ Núm. de la licencia de conducir: _____ Fecha en que fue contratado: _____

Nombre del empleador: _____ Sindicato o local: _____ Teléfono: Trabajo: _____ Particular: _____

Dirección del empleador: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Compañía de seguro dental: _____ Núm. de grupo: _____ Póliza/Núm. de identificación: _____

HISTORIAL DENTAL

Por favor responda a cada pregunta marcando con un círculo Sí o No.

¿Tiene un problema dental específico o una queja principal? Descríbalo: _____ Sí No

¿Le hacen exámenes dentales con regularidad? ¿Cuándo fue su última cita? _____ Sí No

¿Piensa que tiene caries o enfermedad de las encías? _____ Sí No

¿Se cepilla los dientes y usa seda dental con regularidad? Descríbalo: _____ Sí No

¿Le sangran las encías? Descríbalo: _____ Sí No

¿Le gusta su sonrisa? ¿Por qué? _____ Sí No

¿Quiere conservar los dientes que le quedan? _____ Sí No

¿Siente que la mandíbula le truena, le suena o le molesta? ¿Tiende a rechinar los dientes o a "moler" la mandíbula sin pensa? _____ Sí No

¿Ha tenido buenas experiencias en el consultorio dental? _____ Sí No

Nombre de su dentista anterior: _____ Fecha de la última vez que le tomaron radiografías completas de la boca: _____

DECLARO QUE LA INFORMACIÓN QUE PROPORCIONÉ ARRIBA ES CORRECTA Y COMPLETA.

Fecha: _____ Firma: _____

(Si el paciente es menor de edad, incluya el nombre en letras de molde y la firma del padre o tutor legal)

RESERVADO AL USO DE OFICINA

DATE: _____ REVIEWED BY: _____ DENTIST'S COMMENTS: _____