



Nombre del Paciente: _____ ¿Cómo prefiere que lo llamen? _____ Sexo (Escoja Uno): Masculino Femenino
Fecha de Nacimiento: ___ / ___ / ___ Edad: _____ Estado Civil (Escoja Uno): Soltero Casado Viudo Separado Divorciado
#SS: _____ Dirección de Correo: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Postal: _____
E-mail: _____ Número de Teléfono: (____) _____ Cell: (____) _____
Compañía de Seguros Dentales: _____ Titular de la Póliza: _____ Fecha de Nacimiento del Titular de la Póliza: _____
Número de Identificación de la Póliza _____ Teléfono del Trabajo: (____) _____
Ocupación: _____ Empleador: _____
Si es estudiante, Nombre de la Escuela/Universidad: PT FT _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Postal: _____
¿A quién podemos agradecerle por referirlo a nuestra oficina? _____

Si la persona responsable del pago es diferente del paciente o si el paciente es un menor, la parte responsable debe completar la siguiente sección. De lo contrario, omite.

Nombre de la Parte Responsable: _____ Relación con el Paciente: _____
Dirección de Correo: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Postal: _____ Correo Electrónico: _____
Teléfono de Casa: (____) _____ Celular: (____) _____
Teléfono del Trabajo: (____) _____ Ocupación: _____ Empleador: _____

Historia Clínica

Día del último examen médico completo: _____ Nombre del Médico: _____ #:de Teléfono del Doctor (____) _____
¿Está tomando algún medicamento, vitaminas o suplementos? Si/No Por favor lístelas: _____
¿Está usted embarazada? Si _____ No _____ Si es así, ¿cuantos meses? _____
Es usted alérgico a: (Seleccione todas las que apliquen) Penicilina Codeína Anestésicos locales Látex Otro: _____
Por favor describa cualquier tratamiento actual, operación inminente o cualquier otra afección médica o dental que tenga.

¿Le han dicho que necesita tomar antibióticos antes de limpiezas dentales u otro tratamiento? Si ___ No ___

Medicamentos & Razón: _____

¿Tiene o ha tenido alguna de las siguientes? Seleccione todas las que apliquen:

- Artritis, Tratamientos de Radiación, Malignidades, Ataque, Ataque al Corazón, Soplo cardiaco, Una condición del corazón, MVP, Reumatismo, Marcapasos, Orina excesivos, Anemia, Diabetes, Ulcera, Problemas de sinus, Herpes, Asma, Fiebre de heno, Reemplazo de articulaciones, Implantes, Tos persistente, SIDA, VIH positivo, Sangrado prolongado, Cuidado psiquiátrico o Problemas nerviosos, Presión alta o baja presión (escoja uno), Epilepsia, Ictericia, Hepatitis, Glaucoma de Ángulo Estrecho, Sensibilidad a la epinefrina, Encias sangrantes, Mal aliento o sabor agrio, Sensaciones de ardor en la boca, Dolor en la mandíbula, ¿Es difícil para usted abrir grande?, Craqueo de la mandíbula, Boca seca, Sensibilidad al calor o al frio, Ronquidos, Comida atrapada entre los dientes, Dolor/inflamación (elija una) orejas, ojos, caja, Dolores de cabeza/migrañas, Rigidez en el cuello, Dolor en la mandíbula, o TMJ (elija una)

¿Qué es lo más importante para usted sobre sus dientes? _____

¿Cómo califica la apariencia de su sonrisa? (Seleccione una) Excelente Buena Razonable Mala

¿Si pudiera cambiar algo acerca de su sonrisa qué cambiaría? _____

¿Tener tratamiento dental lo asusta o lo pone nervioso? Si No Si es así, ¿qué cosas específicas lo molestan? _____

Preferencias de Comunicación:

No dejar un mensaje detallado La oficina puede dejar un mensaje detallado que pueda contener información médica/dental en el/los siguiente(s) número(s) de teléfono(s): Celular Casa

¿Hav alguien además del paciente con quien podamos hablar con respecto a cualquier información del tratamiento dental?

Nombre de la Persona: _____ Relación con el Paciente: _____

Certifico que toda la información (incluidos los registros médicos, personales y de seguro) es verdadera y completa. Doy mi permiso completo a Dental Care Bridgewater para revisar y verificar mi historial de crédito y/o empleo. Además, entiendo que Dental Care Hillsborough me ayudará a presentar mis reclamos, pero la cobertura de seguro que tengo para servicios dentales puede variar y dependerá de mi plan de seguro. Entiendo que soy responsable de todas las tarifas y servicios. Dado que nuestros médicos a menudo brindan educación continua a otros médicos, doy mi permiso para usar mis fotos con fines educativos. Doy permiso para que se graben las llamadas telefónicas y las visitas con fines de capacitación interna. Si el paciente es menor de edad, como parte responsable doy permiso, en mi ausencia, para realizar exámenes, limpiezas dentales y radiografías necesarias como parte de la atención de rutina para este paciente. Requerimos un aviso con 48 horas de anticipación si no puede asistir a su cita. De lo contrario, podría generar un cargo. Los cargos financieros se evaluarán en cualquier cuenta con un vencimiento de 60 días o más a una tasa de 1.5% por mes. Gracias por su cooperación

Firma del Paciente o Guardian: _____ Fecha: _____/_____/_____