



Gracias por haber elegido nuestro consultorio para sus necesidades dentales. Por favor, llene este formulario en tinta. Si tiene alguna pregunta o preocupación, no dude pedir ayuda. Tendremos mucho gusto en ayudarlo.

Por favor, escriba en letra de molde.

INFORMACION DEL PACIENTE

Fecha _____

Nombre *apellido, primer nombre, segundo nombre (inicial)* _____

Domicilio _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Telefono de casa _____ Telefono celular _____ Correo electronico _____

Fecha de nacimiento _____ N.º de seguro social _____ Genero masculino femenino

Empleador / Escuela _____ Telefono _____

Espos(a) o Padre/Madre _____

Contacto de emergencia _____ Telefono _____

Relación de contacto de emergencia con el paciente esposo(a) padre/madre otro _____

A sido referido por _____

INFORMACION DE LA PERSONA RESPONSABLE

Nombre *apellido, primer nombre, segundo nombre (inicial)* _____

Domicilio _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Telefono de casa _____ Telefono Celular _____ Correo electronico _____

Fecha de nacimiento _____ N.º de seguro social _____

Empleador _____ Telefono _____

Genero masculino femenino Relacion con el paciente usted mismo esposo(a) padre/madre otro

INFORMACION DEL SEGURO DENTAL *Favor de permitirnos su tarjeta del seguro para sacarle una copia.*

Medicaid? sí no

Principal Compañía Aseguradora _____

Domicilio _____ Telefono _____

Nombre del suscriptor _____ Fecha de nacimiento _____

N.º de seguro social del suscriptor _____ Empleador _____

Relacion con el paciente usted mismo esposo(a) padre/madre otro

Segunda Compañía Aseguradora _____

Domicilio _____ Telefono _____

Nombre del suscriptor _____ Fecha de nacimiento _____

N.º de seguro social del suscriptor _____ Empleador _____

Relacion con el paciente usted mismo esposo(a) padre/madre otro

Historial dental

Nombre _____ Edad _____ Fecha del último examen dental _____

Dentista anterior _____ Fecha de las últimas radiografías dentales _____

Motivo de la visita de hoy _____

Por favor, marque cualesquiera de las siguientes condiciones que se apliquen a usted:

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="radio"/> Mal aliento | <input type="radio"/> Aprieta los dientes | <input type="radio"/> Sensible al calor |
| <input type="radio"/> Encías que sangran | <input type="radio"/> Dientes flojos o empastes rotos | <input type="radio"/> Sensible al dulce |
| <input type="radio"/> Chasquido en la quijada | <input type="radio"/> Tratamiento periodontal | <input type="radio"/> Sensible al morder |
| <input type="radio"/> Acumulación de comida entre los dientes | <input type="radio"/> Llagas o bultos en la boca | <input type="radio"/> Sensible al frío |

Historial médico

Médico _____ Fecha de la consulta más reciente _____

Alergias: _____

Indique todos los medicamentos que toma actualmente: _____

¿Ha tomado alguna vez alguno de estos medicamentos?

- | | | | | |
|----------------------------|---------------------------------------|---------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------|
| Medicamentos dietéticos: | <input type="radio"/> Dexfenfluramine | <input type="radio"/> Fen-Phen | <input type="radio"/> Pondimin | <input type="radio"/> Redux |
| Adelgazantes de la sangre: | <input type="radio"/> Coumadin | <input type="radio"/> Warfarin | | |
| Osteoporosis: | <input type="radio"/> Fosamax | <input type="radio"/> Boniva | <input type="radio"/> Actonel | |
| Otro: | <input type="radio"/> Levoxyl | <input type="radio"/> Synthroid | <input type="radio"/> Bisfosfonatos | |

(Mujeres) ¿Está embarazada? Sí No ¿Amamanta? Sí No ¿Toma píldoras anticonceptivas? Sí No

Marque con una (✓) si ha tenido alguno de los siguientes:

- | | | | |
|--|---|---|--|
| <input type="radio"/> SIDA | <input type="radio"/> Lesiones cardíacas congénitas | <input type="radio"/> Hepatitis | <input type="radio"/> Fiebre reumática |
| <input type="radio"/> Anemia | <input type="radio"/> Tratamientos con cortisona | <input type="radio"/> Reparación de hernia | <input type="radio"/> Fiebre escarlata |
| <input type="radio"/> Artritis, reumatismo | <input type="radio"/> Tos persistente | <input type="radio"/> Alta presión sanguínea | <input type="radio"/> Falta de respiración |
| <input type="radio"/> Válvulas cardíacas artificiales | <input type="radio"/> Tos con sangre | <input type="radio"/> VIH Positivo | <input type="radio"/> Erupción de la piel |
| <input type="radio"/> Articulaciones artificiales | <input type="radio"/> Diabetes | <input type="radio"/> Dolor en la quijada | <input type="radio"/> Embolia cerebral |
| <input type="radio"/> Asma | <input type="radio"/> Epilepsia | <input type="radio"/> Enfermedad de los riñones | <input type="radio"/> Hinchazón de los pies o los tobillos |
| <input type="radio"/> Problemas de la espalda | <input type="radio"/> Desmayos | <input type="radio"/> Enfermedad del hígado | <input type="radio"/> Problemas de la tiroides |
| <input type="radio"/> Sangrado anormal | <input type="radio"/> Glaucoma | <input type="radio"/> Prolapso de la válvula mitral | <input type="radio"/> Hábito de tabaco |
| <input type="radio"/> Enfermedad de la sangre | <input type="radio"/> Dolores de cabeza/Migrañas | <input type="radio"/> Sistema nervioso/ Convulsiones | <input type="radio"/> Amigdalitis |
| <input type="radio"/> Cáncer | <input type="radio"/> Soplo en el corazón | <input type="radio"/> Marcapasos | <input type="radio"/> Tuberculosis |
| <input type="radio"/> Dependencia de sustancias químicas | <input type="radio"/> Problemas del corazón | <input type="radio"/> Atención psiquiátrica | <input type="radio"/> Úlceras |
| <input type="radio"/> Quimioterapia | Descríbalos: | <input type="radio"/> Tratamiento con radiación | <input type="radio"/> Enfermedad venérea |
| <input type="radio"/> Problemas de la circulación | <input type="radio"/> Hemofilia | <input type="radio"/> Enfermedad respiratoria | |

Certificación y Traspaso

A mi mejor conocimiento, la información anterior es completa y correcta. Entiendo que un cambio en la salud o medicamentos puede afectar el tratamiento dental, y estoy de acuerdo en informar a la dentista cualquier cambio en mi salud o en la salud de mi hijo(a) menor de edad en las citas futuras.

Certifico que yo, y/o mi(s) dependiente(s), tienen la cobertura con la compañía de seguro/s nombrados en la primera página de esta forma, y asigno directamente a Westways Dental beneficios dentales, en caso, de otro modo pagadero a mí por servicios rendidos. Autorizo el uso de mi firma en las presentaciones de seguros, Yo autorizo el uso y revelación de información de salud para las nombradas compañías de seguros y sus agentes con el fin de determinar los beneficios y obtener el pago. Reconozco que soy financieramente responsable de todos los cargos, incluyendo el monto no pagado por el seguro.

Conceder permiso a Westways Dental y sus cesionarios para que me contacten cuando sea necesario con respecto a mi cuenta, citas, o tratamiento, por métodos que incluyen teléfono, mensaje de texto, y correo electrónico; mensajes pueden ser dejados en el contestador automático o con un miembro de la familia.

Firma del Paciente, Padre/Madre, Tutor o Representante Personal

Fecha

Escriba en letra de molde el nombre del Paciente, Padre/Madre, Tutor o Representante Personal

Relación con el Paciente