

Fecha de Hoy: ____/____/____

INFORMACION PERSONAL

Nombre completo del paciente: _____

Número de Seguro Social: ____/____/____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____

Genero: Hombre Mujer

Dirección: _____ Apt. _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono de casa: ____/____/____ Celular: ____/____/____

Empleador: _____ Teléfono del trabajo : ____/____/____

Correo electrónico: _____

Estado civil: Casado (a) Soltero (a) Otro

Nombre legal del tutor (Si el paciente es menor de 18 años): _____

¿Cómo se enteró usted de esta oficina? TV Radio Prensa Internet Otro

INFORMACION DE SEGURO

Si usted tiene seguro, por favor complete la siguiente información:

Compañía de Seguro: _____

Dueño del seguro dental: _____

Número Seguro Social : ____/____/____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____

CONTACTO DE EMERGENCIA

En caso de emergencia, que debemos contactar?

Nombre: _____ Teléfono : ____/____/____

Relación familiar: _____

Por la presente, me comprometo a pagar a Gentle Dental por cualquier trabajo que no este cubierto o no sea pagado por mi seguro dental. Entiendo que soy responsable por cualquier saldo o balance pendiente referente a mi tratamiento; también soy responsable de cualquier saldo adeudado a cualquier agencia de cobros.

Si alguna prótesis (puentes, coronas, dentaduras postizas) no pueden completarse debido a las citas perdidas, yo sere responsable por cualquier cambio en mi trataminto.

Un cargo de \$50 será añadido a la cuenta del paciente si no obtenemos un aviso de cancelación con por lomenos 24 horas de anticipacion antes de la cita programada.

Yo autorizo a Gentle Dental para presentar reclamos correspondientes a mi compañía de seguro dental, a fin de obtener pago por mi tratamiento dental ya realizado.

Firma del paciente
o (tutores legales si el paciente es menor de 18 años)

Fecha

HISTORIAL MEDICO

1. Nombre y Dirección de Su médico _____
2. ¿Goza usted de buena salud? _____ Si No
3. ¿Tiene o ha tenido usted alguna de las siguientes enfermedades or problemas? _____ Si No
- A. Fiebre reumática o enfermedad reumática del Corazón _____ Si No
- B. Lesiones congénitas del Corazón _____ Si No
- C. Enfermed cardiovascular (trastornos del Corazón, ataque al Corazón, insuficiencia coronaria, trombosis coronaria, presión alta, presión baja, arteriosclerosis, derrame cerebral) _____ Si No
- D. Machina cardiaca _____ Si No
- E. Sinusitis _____ Si No
- F. Asma o fiebre de heno _____ Si No
- G. Problemas neurologicos (epilepsia, mareos, desmayos) _____ Si No
- H. Diabetes _____ Si No
- I. Enfermedad del hígado (hepatitis, ictericia) _____ Si No
- J. Arthritis _____ Si No
- K. Ulceras del estomago _____ Si No
- L. Problemas Intestinales _____ Si No
- M. Trastornos del riñon _____ Si No
- N. Trastornos pulmonares _____ Si No
- O. Enfermedades venereas _____ Si No
- P. Desorden de la sangre, por ejemplo anemia _____ Si No
- Q. ¿Hay alguien en su familia que tenga diabetes? _____ Si No
- R. ¿Despues de una herida, sangra usted en exceso? _____ Si No
- S. Otros problemas _____ Si No
3. ¿Ha sido hospitalizado por alguna enfermedad? _____ Si No
- ¿Si es asi, cual ha sido el problema? _____ Si No
4. ¿Esta usted bajo tratamiento medico? _____ Si No
5. ¿Esta usted tomando algunas de las siguientes medicinas? _____ Si No
- A. Antibioticos o sulfa _____ Si No
- B. Anticoagulantes (para diluir la sangre) _____ Si No
- C. Medicina para la presión alta _____ Si No
- D. Esteroides (cortisona) _____ Si No
- E. Tranquilizantes _____ Si No
- F. Analgesicos (para dolor-aspirina, codeína) _____ Si No
- G. Antihistaminicos _____ Si No
- H. Insulina, talbutamina (orinase) _____ Si No
- I. Digital o drogas para trastornos del corazón _____ Si No
- J. Nitroglycerina _____ Si No
- K. Sedativos (pildoras para dormer, barbiturates) _____ Si No
- L. Otras _____ Si No
6. Es usted alergico o ha sufrido reacción a la: _____ Si No
- A. Anestesia Local _____ Si No
- B. Penicilina u otros antibioticos _____ Si No
- C. Sulfa _____ Si No
- D. Sedativos (pildoras para dormir, barbiturates) _____ Si No
- E. Aspirina _____ Si No
- F. Codeína or algun otro narcótico _____ Si No
- G. Otras drogas _____ Si No
7. ¿Ha estado en contacto con radiacion escesiva recientemente? _____ Si No
8. ¿Senoras, Esta usted encinta?, si es asi, cuantos meses _____ Si No

Firma del paciente
o (tutores legales si el paciente es menor de 18 años)

Fecha