



Gracias por escoger a nuestra oficina!

Para poder servirle mejor necesitamos la siguiente información. Esta información es confidencial.

Nombre de Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____
(Apellido) (Primer Nombre)

Numero de SSN: _____ Genero: *Hombre / Mujer* Estado Civil: _____

Informacion de Cabeza de hogar:

Nombre de Padre/ Madre/ Tutor: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Direccion: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Postal: _____

Numero de Telefono: _____ Relación al paciente: _____

Razón para la visita de hoy? _____

A quien debemos de notificar nosotros, en caso de una emergencia?

Nombre: _____ Relacion al paciente: _____ Telefono: _____

A quien podemos agradecer por haberle a nuestra oficina? Por favor consulte a continuación con el nombre si es posible:

Familia ___ Amigo ___ Facebook ___ Google ___ Seguro ___ Internet ___ Evento ___
Volante ___ Alguien en El Rancho ___ Alguien en Fiesta ___ Caminar por la oficina ___ Otro ___
Nombre de Referencia: _____

Información sobre el pago: Todos los servicios deben ser pagados en efectivo, tarjeta de crédito, ya que cada servicio se proporciona. Los pacientes con aseguranza deben completar la siguiente información:

Persona Responsable: _____
(Apellido) (Primer Nombre)

Nombre de Aseguranza: _____

Número de póliza (o) SSN: _____ Número de grupo: _____

Fecha de Nacimiento del miembro: _____ Teléfono de Aseguranza: _____

Historia Dental:

Cuando fue su última visita al dentista? _____

Cuál fue la razón de la última visita del paciente? _____

Cuándo fue la última limpieza del paciente? _____

El paciente tiene alguna sensibilidad hacia alimentos o bebidas calientes o frías? [SI] [NO]

El paciente tiene dolor el día de hoy? [SI] [NO]

Historia Medica:

Está viendo a un Médico? [SI] [NO]

Nombre y dirección de Médico: _____

Qué medicamentos está tomando actualmente el paciente? _____

(Mujeres) Está usted embarazada? [SI] [NO] En caso afirmativo, cuántos meses de embarazo? _____

Tiene alguna condición Médica? [SI] [NO]

Marque en un círculo cualquiera de los siguientes que haya tenido o tenga en este momento:

| | | | |
|-----------------------|----------------------|---------------------|---------------------|
| Enfermedad de corazón | Glaucoma | ADHD | Artritis |
| Cáncer | Asma | Bipolaridad | Hemofilia |
| Presión Alta | Fiebre Reumática | Enfermedad Tiroidea | Diabetes |
| Nerviosidad | Anemia | Colesterol Alto | Insuficiencia Renal |
| Enfisema | Soplo de Corazón | Depresión | Tuberculosis |
| Epilepsia | Enfermedad Sanguínea | VIH + | Otro: _____ |

Marque en un círculo cualquiera de los siguientes medicamentos a los que es alérgico:

Anestésico Local Codeína Aspirina Penicilina Latex Sulfa

Otros Narcóticos: _____

Si en algún momento yo tengo algún cambio en mi salud o algún cambio en las medicinas que tomo, yo le informare a mi dentista en mi siguiente cita dental.

X _____ Fecha de hoy: _____

Office Use Only

Dentist Signature: _____ Date: _____