



Bienvenido



Informacion del Paciente

Nombre: _____ Apellido: _____ Inicial: _____
 Dirección: _____ Apt. Número: _____ Ciudad: _____ Estado: _____
 Código Postal: _____ Teléfono de casa: (____) _____ Celular: (____) _____
 Email: _____ Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____
 Número de Seguro Social: _____ Sexo: Hombre Mujer
 Estado civil: Casado Soltero Divorciado Separado Estatus de Empleo: Tiempo completo Tiempo parcial Jubilado
 Nombre del empleador: _____ Ciudad, Estado: _____ Teléfono del trabajo: _____
 (____) _____ - _____ Estatus del Estudiante: Tiempo Completo Medio Tiempo Nombre de la escuela _____
 Ciudad, Estado: _____ ¿Utiliza una pre-medicación antes del tratamiento dental (anti-biótico)? _____
 ¿Cómo te enteraste de nuestra oficina? (Fuente de Referencia) _____
 CONTACTO DE EMERGENCIA _____ Teléfono: (____) _____ - _____



La persona responsable (si es alguien diferente al paciente)

Nombre: _____ Apellido: _____ Inicial: _____
 Teléfono de casa: (____) _____ - _____ Teléfono del trabajo: (____) _____ - _____ Cell: (____) _____ - _____
 Fecha de nacimiento: _____ # de social: _____ Relación al paciente: _____
 La persona responsable también es el asegurador para el paciente Asegurador Principal Asegurador secundario

Información de Seguros (por favor de proporcionar la tarjeta del seguro)



Nombre del asegurador: _____ Fecha de nacimiento del asegurador: _____
 Relación al paciente: Yo Esposo(a) niño(a) Otro Social-o-ID del asegurador #: _____
 Dirección (si es diferente al del paciente): _____
 Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
 Nombre Del empleador: _____ Ciudad, Estado: _____
 Nombre del Seguro: _____ Dirección: _____
 ciudad: _____ estado: _____ Código postal: _____



HISTORIA DENTAL

Razón por la visita de hoy _____ Fecha de la ultima vez que fue al dentista _____
 Fecha de las últimas radiografías dentales _____ Dentista previo _____



Cheque (✓) si usted ha tenido alguno de los siguientes:

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Mal aliento | <input type="checkbox"/> Rechinar los dientes | <input type="checkbox"/> Sensibilidad al calor |
| <input type="checkbox"/> Sangrado de las ansias | <input type="checkbox"/> Los dientes flojos o rellenos rotos | <input type="checkbox"/> Sensibilidad a los dulces |
| <input type="checkbox"/> Problemas con la mandíbula | <input type="checkbox"/> Tratamiento Periodontal | <input type="checkbox"/> Sensibilidad cuando muerde |
| <input type="checkbox"/> Colección de alimentos entre los dientes | <input type="checkbox"/> Sensibilidad al frío | <input type="checkbox"/> Ulceras o tumores en la boca |

Con que frecuencia usa el hilo dental? _____ Con que frecuencia se cepilla los dientes? _____



HISTORIA MEDICA



Nombre del medico _____ Fecha de la ultima visita _____

¿Alguna vez ha tomado alguno de este grupo de medicamentos llamados colectivamente como "fen-phen?" Estos incluyen combinaciones de Ionimin, Adipex, Fastin (nombres de marca de fentermina), Pondimin (fenfluramina) y Redux (dexfenfluramina)? Si No

¿Ha tenido alguna enfermedad grave u operaciones? Si No Si en así describa _____

Ha tenido alguna vez una transfusión de sangre Si No Si es así indique las fechas aproximadas _____

Mujeres: Esta Usted

¿Embarazada/tratando de quedar embarazada? Si No Tomando anticonceptivos orales? Si No Lactando? Si No

¿Es usted alérgico a cualquiera de los siguientes?

Aspirina Penicilina Codeína Sulfamidas Acrílico Metal Látex Anestésicos locales

Otro si es así describa: _____

¿Tiene o ha tenido usted alguno de los siguientes?

- | | | | | | |
|---------------------------------|---|-------------------------------|---|--|---|
| SIDA / VIH positivo | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Desmayos | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Salpullido | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| Anemia | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Glaucoma | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Ataque cerebral | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| Artritis, Reumatismo | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Dolores de cabeza | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Inflamación de los pies o los tobillos | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| Válvulas cardíacas artificiales | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Soplo cardíaco | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Problemas de tiroides | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| Articulaciones artificiales | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Problemas del corazón | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Tabaco | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| Asma | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Hemofilia | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Anginas | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| Problemas de espalda | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Hepatitis | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Tuberculosis | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| Enfermedad de la sangre | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Presión arterial alta | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Úlcera | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| Cáncer | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Dolor de Mandíbula | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Enfermedades Venéreas | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| Dependencia Química | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Enfermedad renal | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Marcapasos | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| Quimioterapia | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Enfermedades del Hígado | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Tratamiento de Radiación | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| Problemas circulatorios | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Prolapso de la válvula mitral | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Enfermedades Respiratorias | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| Tratamientos con cortisona | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Diabetes | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Fiebre reumática | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Tos persistente | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Epilepsia | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Fiebre escarlatina | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| Tos con sangre | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Falta de aliento | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | | |

Lista de medicamentos que está tomando actualmente



Autorización



Yo certifico que yo, o mi dependiente (s), tienen cobertura de seguro con _____ y traspaso
Nombre de la(s) compañía de seguro(s)

directamente a Friendship Smiles todos los beneficios del seguro, Yo entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos sean o no pagados por el seguro. Yo autorizo el uso de mi firma en todas las sumisiones del seguro. La oficina nombrada arriba puede utilizar mi información de salud con la compañía de seguros antes mencionado (s) y sus agentes con el fin de obtener el pago de los servicios y la determinación de los beneficios del seguro o los beneficios pagados por servicios relacionados.

Firma del paciente, padre, tutor o representante personal

Fecha

Imprimir el nombre del paciente, padre, tutor o representante personal

Relación con el Paciente