*¡Bienvenido! ¡Nos alegra que estés aquí!*

Nombre Completo del Paciente: (Hombre/Mujer)

Prefiero que me llamen: Fecha hoy:

Dirección: Ciudad, Zip:

Fecha de Nacimiento: Seguro Social #

Su teléfono: Correo electrónico:

Contacto de emergencia: Urgencia teléfono:

**Seguro:**

Empleador:

Compañía de seguros dentales: (proporcionar tarjeta para copia)

Persona responsable de la cuenta si no es paciente:

Dirección de facturación (si es diferente):

Nombre del asegurado (si no es el paciente):

Seguro Social del Asegurado: Fecha de Nacimiento del Asegurado

**Antecedentes Dentales y Médicos:**

¿Eres alérgico a algún medicamento? Cuáles?

¿Está recibiendo tratamiento para alguna condición médica? En caso afirmativo, sírvase explicar:

Haz una lista de los medicamentos que estés tomando actualmente:

MUJERES: ¿Está embarazada o amamantando? SI NO

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ¿Aprietas o rechinas los dientes por la noche o durante el día? | Y | N |
| ¿Has experimentado algún crecimiento o dolor en la boca? | Y | N |
| ¿Te sangran las encías? | Y | N |
| ¿Con frecuencia tienes ampollas en los labios o en la boca? | Y | N |
| ¿Tienes algún problema para mantener la boca abierta? | Y | N |
| ¿Sus dientes son sensibles al calor o al frío? | Y | N |

¿Ha tenido alguno de los siguientes:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Ataque cardíaco o bypass | YES | NO |
| Enfermedad de las válvulas cardíacas | Y | N |
| Prolapso de la válvula mitral | Y | N |
| Fiebre reumática | Y | N |
| Presión arterial alta o baja | Y | N |
| Enfermedad de la sangre | Y | N |
| Problemas de sangrado (hemofilia) | Y | N |
| Diabetes | Y | N |
| Respiratorio (Asma, Enfisema, TUBERCULOSIS) | Y | N |
| Hepatitis | Y | N |
| Enfermedad renal | Y | N |
| Problemas estomacales o intestinales (úlceras) | Y | N |
| Epilepsia | Y | N |
| Reemplazo de cadera o articulación | Y | N |
| Exposición al virus del SIDA | Y | N |
| Abuso | Y | N |
| Enfermedad venérea | Y | N |
| Cáncer o tratamiento oncológico | Y | N |

**Condiciones de pago y consentimiento de tratamiento:**

Entiendo que soy responsable del saldo en mi cuenta independientemente de mi estado de seguro, y que el pago se debe en el momento del servicio.

Autorizo la divulgación de cualquier información necesaria para procesar eficazmente mi reclamo con mi compañía de seguros.

Autorizo el pago directamente a mi dentista asistente de los beneficios del seguro de grupo que de otro modo me pagarían.

Afirmo que la información que he proporcionado es correcta a mi leal saber y entender. Se llevará a cabo en la más estricta confianza y es mi responsabilidad informar a esta oficina de cualquier cambio en mi estado médico.

Doy mi consentimiento para el uso de fotografías de mis dientes/boca con fines educativos o de marketing.

Autorizo al personal dental a realizar los servicios dentales necesarios que pueda necesitar.

**Firma y fecha:**

Si está rellenando este formulario para alguien que no sea usted, por favor indique su relación con el paciente: