



Nombre del Paciente: _____ ¿Cómo prefiere que lo llamen? _____ Sexo (Escoja Uno): Masculino Femenino
Fecha de Nacimiento: ___ / ___ / ___ Edad: _____ Estado Civil (Escoja Uno): Soltero Casado Viudo Separado Divorciado
#SS: _____ Dirección de Correo: _____ Ciudad: _____ Estado: Postal: _____
E-mail: _____ Número de Teléfono: (_____) _____ Cell: (____) _____
Compañía de Seguros Dentales: _____ Titular de la Póliza: _____ Fecha de Nacimiento del Titular de la Póliza: _____
Número de Identificación de la Póliza _____ Teléfono del Trabajo: (____) _____
Ocupación: _____ Empleador: _____
Si es estudiante, Nombre de la Escuela/Universidad: PT FT _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Postal: _____
¿A quién podemos agradecerle por referirlo a nuestra oficina? _____

Si la persona responsable del pago es diferente del paciente o si el paciente es un menor, la parte responsable debe completar la siguiente sección. De lo contrario, omite.

Nombre de la Parte Responsable: _____ Relación con el Paciente: _____
Dirección de Correo: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Postal: _____ Correo Electrónico: _____
Teléfono de Casa: (_____) _____ Celular: (____) _____
Teléfono del Trabajo: (____) _____ Ocupación: _____ Empleador: _____

Historia Clínica

Día del último examen médico completo: _____ Nombre del Médico: _____ #:de Teléfono del Doctor (____) _____
¿Está tomando algún medicamento, vitaminas o suplementos? Si/No Por favor lístelas: _____
¿Está usted embarazada? Si _____ No _____ Si es así, ¿cuantos meses? _____
Es usted alérgico a: (Selecione todas las que apliquen) Penicilina Codeína Anestésicos locales Látex Otro: _____
Por favor describa cualquier tratamiento actual, operación inminente o cualquier otra afección médica o dental que tenga.

¿Le han dicho que necesita tomar antibióticos antes de limpiezas dentales u otro tratamiento? Si _____ No _____

Medicamentos & Razón: _____

¿Tiene o ha tenido alguna de las siguientes? Seleccione todas las que apliquen:

- Artritis Orina excesivos Implantes Ictericia Craqueo de la mandíbula
Tratamientos de Radiación Anemia Tos persistente Hepatitis Boca seca
Malignidades Diabetes SIDA, VIH positivo Glaucoma de Ángulo Estrecho Sensibilidad al calor o al frío
Ataque Ulcera Sangrado prolongado Sensibilidad a la epinefrina Ronquidos
Ataque al Corazón Problemas de sinus Cuidado psiquiátrico o Encías sangrantes Comida atrapada entre los dientes
Soplo cardíaco Herpes Problemas nerviosos Mal aliento o sabor agrio Dolor/inflamación (elijá una)
Una condición del corazón Asma Presión alta o baja Sensaciones de ardor en la boca orejas, ojos, caja
MVP Fiebre de heno presión (escoja uno) Dolor en la mandíbula Dolores de cabeza/migrañas,
Reumatismo Reemplazo de articulaciones Epilepsia ¿Es difícil para usted abrir grande? Rigidez en el cuello, Dolor en la mandíbula,
Marcapasos o TMJ (elijá una)

¿Qué es lo más importante para usted sobre sus dientes? _____

¿Cómo califica la apariencia de su sonrisa? (Selecione una) Excelente [] Buena [] Razonable [] Mala []

¿Si pudiera cambiar algo acerca de su sonrisa qué cambiaría? _____

¿Tener tratamiento dental lo asusta o lo pone nervioso? Si [] No [] Si es así, ¿qué cosas específicas lo molestan? _____

Preferencias de Comunicación:

[] No dejar un mensaje detallado [] a oficina puede dejar un mensaje detallado que pueda contener información médica/dental en el/los siguiente(s) número(s) de teléfono(s): Celular Casa [] []

¿Hay alguien además del paciente con quien podamos hablar con respecto a cualquier información del tratamiento dental?

Nombre de la Persona: _____ Relación con el Paciente: _____

Certifico que toda la información (incluidos los registros médicos, personales y de seguro) es verdadera y completa. Doy mi permiso completo a Dental Care Basking Ridge para revisar y verificar mi historial de crédito y/o empleo. Además, entiendo que Dental Care Hillsborough me ayudará a presentar mis reclamos, pero la cobertura de seguro que tengo para servicios dentales puede variar y dependerá de mi plan de seguro. Entiendo que soy responsable de todas las tarifas y servicios. Dado que nuestros médicos a menudo brindan educación continua a otros médicos, doy mi permiso para usar mis fotos con fines educativos. Doy permiso para que se graben las llamadas telefónicas y las visitas con fines de capacitación interna. Si el paciente es menor de edad, como parte responsable doy permiso, en mi ausencia, para realizar exámenes, limpiezas dentales y radiografías necesarias como parte de la atención de rutina para este paciente. Requerimos un aviso con 48 horas de anticipación si no puede asistir a su cita. De lo contrario, podría generar un cargo. Los cargos financieros se evaluarán en cualquier cuenta con un vencimiento de 60 días o más a una tasa de 1.5% por mes. Gracias por su cooperación

Firma del Paciente o Guardian: _____ Fecha: _____ / _____ / _____