

Bienvenido

Le damos la bienvenida a nuestra clínica. Tómese algunos minutos para completar este formulario en la forma más exhaustiva posible. Con gusto responderemos todas sus preguntas. Nos alegra trabajar con usted para mantener su salud dental.

Información del Paciente

Fecha	01/31/2024	Teléfono del hogar		Celular	
Nombre			SS/HIC/ID Paciente		
Apellido	Nombre	Inicial del segundo nombre			
Dirección			Correo electrónico		
Ciudad			Estado	Código postal	
Sexo	Edad	Fecha de nacimiento	☐ Casado	☐ Viudo	☒ Soltero
☐ M ☒ F			☐ Separado	☐ Divorciado	
Empleador/escuela del paciente			☐ En pareja durante	años	
			Ocupación		
Dirección del empleador/escuela			Teléfono del empleador/escuela		
¿A quién podemos agradecer su referencia?					
¿En caso de emergencia, a quién debemos notificar?					
			Teléfono		

Seguro Primario

Persona responsable por la cuenta	Norma	
	Apellido	Nombre Inicial del segundo nombre
Relación del paciente con el suscriptor	Fecha de nacimiento	Núm. Seg. Soc.
☒ Yo ☐ Cónyuge ☐ Niño		
Dirección (si es diferente de la del paciente)	Teléfono	
	Estado	Código postal
Ciudad		

Persona responsable empleada por

Dirección laboral

Compañía de seguros

Número de contrato

Número de grupo

Nombres de otras personas a cargo cubiertas por este plan

Ocupación

Teléfono laboral

Teléfono del seguros

Número de suscriptor

Seguro Adicional

¿El paciente este cubierto por algún seguro adicional? ☐ Sí ☐ No

Nombre del suscriptor

Relación del paciente con el suscriptor

☐ Yo ☐ Cónyuge ☐ Niño

Dirección (si es diferente de la del paciente)

Ciudad

Fecha de nacimiento

Núm. Seg. Soc.

Teléfono

Estado

Código postal

Suscriptor empleado por

Compañía de seguros

Número de contrato

Número de grupo

Teléfono del trabajo

Teléfono del seguros

Número de suscriptor

Nombres de otras personas a cargo cubiertas por este plan

Historial Odontológico

Motivo de la consulta de hoy _____

Dentista anterior _____

Fecha de la última consulta odontológica _____

Domicilio _____

Fecha de la última radiografía odontológica _____

Marcar (X) si ha tenido alguno de los siguientes problemas:

- | | | |
|--|--|---|
| ☐ Mal aliento | ☐ Rechinar de dientes | ☐ Sensibilidad al calor |
| ☐ Sangrado de encías | ☐ Dientes flojos o empastes rotos | ☐ Sensibilidad a lo dulce |
| ☐ Chasquido o crujido mandibular | ☐ Tratamiento periodontológico | ☐ Sensibilidad al morder |
| ☐ Acumulación de comida entre los dientes | ☐ Sensibilidad al frío | ☐ Llagas o protuberancias en la boca |

¿Con que frecuencia utiliza hilo dental? _____

¿Con que frecuencia se cepilla los dientes? _____

Historial Médico

Nombre del médico _____

Fecha de la última consulta _____

¿Alguna vez ha tomado alguno de los fármacos del grupo denominado en inglés "fen-phen"?
Esto incluye combinaciones de Ionimin, Adipex, Fastin (nombres comerciales de la fentermina),
Pondimin (fenfluramina) y Redux (dexfenfluramina).

☐ Sí ☐ No

¿Ha tenido alguna enfermedad grave u operación? _____

☐ Sí ☐ No

Si respondió sí, describa _____

¿Alguna vez se le ha efectuado una transfusión de sangre? _____

☐ Sí ☐ No

Si respondió sí, indique fechas aproximadas _____

(Mujeres) ¿Está usted embarazada? _____

☐ Sí ☐ No

¿Amamantando? _____

☐ Sí ☐ No

¿Tomando píldoras anticonceptivas? _____

☐ Sí ☐ No

Marcar (X) si ha tenido alguno de los siguientes problemas:

- | | | |
|--|---|--|
| ☐ Anemia | ☐ Epilepsia | ☐ Radioterapia |
| ☐ Artritis, reumatismo | ☐ Desmayos | ☐ Enfermedad respiratoria |
| ☐ Válvulas cardíacas artificiales | ☐ Glaucoma | ☐ Fiebre reumática |
| ☐ Articulaciones artificiales | ☐ Dolores de cabeza | ☐ Fiebre escarlata |
| ☐ Asma | ☐ Soplo cardíaco | ☐ Dificultad para respirar |
| ☐ Problemas lumbares | ☐ Problemas cardíacos | ☐ Erupción cutánea |
| ☐ Enfermedad sanguínea | ☐ Hemofilia | ☐ Apoplejía |
| ☐ Cáncer | ☐ Hepatitis | ☐ Hinchazón de pies o talones |
| ☐ Dependencia de fármacos | ☐ Presión sanguínea alta | ☐ Problemas de tiroides |
| ☐ Quimioterapia | ☐ VIH/SIDA | ☐ Tabaquismo |
| ☐ Problemas circulatorios | ☐ Dolor mandibular | ☐ Amigdalitis |

☐ Tratamientos con cortisona

☐ Tos persistente

☐ Tos con sangre

☐ Diabetes

☐ Enfermedad renal

☐ Enfermedad hepática

☐ Prolapso de válvula mitral

☐ Marcapasos

☐ Tuberculosis

☐ Úlcera

☐ Enfermedad venérea

MEDICAMENTOS

Enumere los medicamentos que está tomando actualmente:

ALERGIAS

☐ Aspirina

☐ Barbituratos (pastillas para dormir)

☐ Codeína

☐ Otros

☐ Yodo

☐ Látex

☐ Anestésicos locales

☐ Penicilina

☐ Sulfas

Autorización

Certifico que yo y/o mi(s) persona(s) a cargo tenemos cobertura de seguro con

Nombre de la(s) Compañía(s) de Seguros

y cedemos directamente al Lorven Dental todos los beneficios del seguro, si los hubiere, de otro modo pagaderos a mí por servicios prestados. Comprendo que soy responsable desde el punto de vista financiero por todos los cargos, sean o no pagados por el seguro. Autorizo el use de mi firma en todos los documentos del seguro.

El dentista arriba mencionado puede utilizar mi información sobre atención de salud y puede divulgar dicha información a la(s) Compañía(s) de Seguros arriba mencionadas y sus agentes con el fin de obtener el pago de los servicios y determinar los beneficios del seguro pagaderos por servicios relacionados. Este consentimiento terminará cuando se complete mi plan de tratamiento actual o un año después de la fecha de suscripción a continuación.

Nombre del paciente

Apellido

Nombre

Fecha de nacimiento

Firma del paciente, padre/madre, tutor o representante personal

Fecha

Indicar nombre del paciente, padre/madre, tutor o representante personal

Relación con el paciente

El pago debe efectuarse en su totalidad en el momento del tratamiento, a menos que se hayan aprobado otros arreglos al respecto.