

Nombre: _____ **SS#** _____ **Fecha:** _____
Domicilio: _____ **Ciudad:** _____ **Estado** _____ **Codigo Postal:** _____
Teléfono de casa: _____ **Teléfono de Trabajo:** _____ **Celular:** _____
Occupacion: _____ **Sexo:** Femenino Masculino
Fecha de Nacimiento: _____ **Edad:** _____
A quien le damos las gracias por referir los? _____

Información del seguro

Nombre del Asegurado: _____ **Apellido:** _____ **Fecha de Nacimiento** _____
Domicilio del Asegurado: _____ **Seguro Social del Asegurado** _____
Paciente relacionado con el asegurado (Circular): Propio, Espos(a), Hijo(a) **Sexo del Padre/Madre:** (M) (F)
Empleador: _____ **Teléfono del trabajo** _____
Compania de seguros: _____
Domicilio de la compania de seguros: _____
Effective Date _____
Numero de Grupo #: _____ **Numero de Poliza #:** _____
Teléfono de la compania de seguros: _____
Nombre de la Union y Numero de la Union Local _____

Historial Dental

Nombre Del Dentista Anterior: _____
Fecha del último examen dental: _____
Domicilio: _____ **Ciudad:** _____ **Codigo Postal:** _____
Teléfono: _____
Fecha de las últimas radiografías dentales _____ Radiografías del lado(s) donde muerde
 Radiografías Completas de la boca Radiografías Panograficas
Qué tan frecuente se lava los dientes? _____ **Qué tan frecuente se limpia los dientes con hilo dental?** _____
Fecha de su última limpieza dental: _____
Ha tenido problemas anteriormente con tratamiento dental? Si No
Ha tenido problemas con anestesia dental? Si No
Motivo de la visita de hoy: _____

Por favor, marque cualesquiera de las siguientes condiciones que se le apliquen a usted:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Mal Aliento | <input type="checkbox"/> Ortodoncia |
| <input type="checkbox"/> Encías que sangran | <input type="checkbox"/> Cirugía periodontal o de las encías |
| <input type="checkbox"/> Chasquido en la quijada | <input type="checkbox"/> Canal de raíz |
| <input type="checkbox"/> Fuegos en la boca | <input type="checkbox"/> Sensible al frío |
| <input type="checkbox"/> Acumulación de comida en los dientes | <input type="checkbox"/> Sensible al calor |
| <input type="checkbox"/> Aprieta los dientes | <input type="checkbox"/> Sensible al dulce |
| <input type="checkbox"/> Dolor de quijada | <input type="checkbox"/> Sensible al morder |
| <input type="checkbox"/> Dientes flojos o empastes rotos | <input type="checkbox"/> Llagas o bultos en la boca |
| <input type="checkbox"/> Cirugía Oral | <input type="checkbox"/> Dientes Extraídos |

Lista de las vitaminas, minerales o productos a base de hierbas que usted toma:

Ha tomado alguno de estos medicamentos para la dieta? Dexfenfluramine Fen-phen Pondimin Redux
Fuma usted o mastica los productos de tabaco? Si No **How often?** _____
Usa drogas recreativas? Si No **Qué tipo?** _____ **Con qué frecuencia?** _____
Bebe alcohol? Si No **Con qué frecuencia?** _____

Historial Médico

nombre de su médico primario: _____
Fecha del último examen físico: _____
Domicilio: _____ **Ciudad:** _____ **Codigo Postal:** _____
Teléfono: _____
Tiene más de un médico que lo atiende? Si No **Para que?** _____
Nombre del Doctor: _____
Domicilio: _____
Ciudad: _____ **Estado:** _____ **Codigo Postal:** _____ **Teléfono:** _____

Por favor indique todos los medicamentos que está tomando actualmente:

Alguna vez ha tenido una reacción adversa a alguna de las siguientes? Penicilina o otros antibiomaticos Aspirina, Codeine o otro medicamentos para el dolor Novocain, Lidocaine, o otro anestésico Latex

Otro(s) _____

Ha sido hospitalizado, había una enfermedad grave, o ha tenido algún tipo de cirugía en los últimos 5 años?

Si No

En caso que si, para que _____ **Mujeres:** Está embarazada? Si No

Amamantando? Si No Toma píldoras anticonceptivas? Si No

Por favor, marque cualesquiera de las siguientes condiciones que se le apliquen a usted:

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> SIDA | <input type="checkbox"/> Enfisema | <input type="checkbox"/> Problemas de los nervios |
| <input type="checkbox"/> Alcolismo | <input type="checkbox"/> Epilepsia | <input type="checkbox"/> Marcapasos |
| <input type="checkbox"/> Alergias _____ | <input type="checkbox"/> Sed y orinar excesivamente | <input type="checkbox"/> Tos persistente, tos con sangre |
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Desmayos | <input type="checkbox"/> Sangrado prolongado |
| <input type="checkbox"/> Angina/Dolor de Pecho | <input type="checkbox"/> Nausia y vomitar frecuentemente | <input type="checkbox"/> Atención psiquiátrica |
| <input type="checkbox"/> Artritis, reumatismo | <input type="checkbox"/> Orinar frecuentemente | <input type="checkbox"/> Tratamiento de radiación |
| <input type="checkbox"/> Válvulas cardíacas artificiales | <input type="checkbox"/> Glaucoma | <input type="checkbox"/> Pérdida de peso reciente, fiebre, sudores nocturnos |
| <input type="checkbox"/> Articulaciones artificiales | <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza | <input type="checkbox"/> Enfermedad respiratoria |
| <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> Soplo en el corazón | <input type="checkbox"/> Fiebre reumática |
| <input type="checkbox"/> Problemas de la espalda | <input type="checkbox"/> Problemas del corazón | <input type="checkbox"/> Fiebre escarlata |
| <input type="checkbox"/> Sangrado anormal | Describir _____ | <input type="checkbox"/> Enfermedades de transmisión sexual |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad de la sangre | <input type="checkbox"/> Hemofilia | <input type="checkbox"/> Falta de respiración |
| <input type="checkbox"/> Transfusión de sangre | <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> Erupción de la piel |
| <input type="checkbox"/> Visión borrosa | <input type="checkbox"/> Reparación de hernia | <input type="checkbox"/> Embolio cerebral |
| <input type="checkbox"/> Cancer | <input type="checkbox"/> Herpes | <input type="checkbox"/> Hinchazón de los pies o tobillos |
| <input type="checkbox"/> Dependencia de sustancias químicas | <input type="checkbox"/> Alta presión arterial | <input type="checkbox"/> Problemas de la tiroides |
| <input type="checkbox"/> Quimioterapia | <input type="checkbox"/> VIH positivo | <input type="checkbox"/> Inflamación de las tonsila |
| <input type="checkbox"/> Problemas de la circulación | <input type="checkbox"/> Yondic | <input type="checkbox"/> Tuberculosis |
| <input type="checkbox"/> Lesiones cardíacas congénitas | <input type="checkbox"/> Dolor de articulaciones, rigidez | <input type="checkbox"/> Tumores |
| <input type="checkbox"/> Lentes de contacto | <input type="checkbox"/> Cirugía de la articulación | <input type="checkbox"/> Úlceras |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Cuando? _____ | <input type="checkbox"/> Otro |
| <input type="checkbox"/> Dificultad para tragar | <input type="checkbox"/> Enfermedad del riñon | Describir _____ |
| <input type="checkbox"/> Dificultad para orinar or sangre | <input type="checkbox"/> Enfermedad del higado | |
| Boca reseca | <input type="checkbox"/> Prolapso de la válvula mitral | |

Office use only: Pulse _____ **Blood Pressure** _____ **Weight** _____

Historial Familiar: Por favor marque con un círculo el estado actual de los miembros de su familia inmediata:

Por favor, indique los miembros de la familia (padre, hermano, abuelo, tía o tío) con cualquiera de los:

- | | | |
|---|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Cancer tipo _____ | <input type="checkbox"/> Depression/suicidio | <input type="checkbox"/> Asma |
| <input type="checkbox"/> Alta presión sanguínea | <input type="checkbox"/> Sangrando o trastorno de la coagulación | <input type="checkbox"/> Diabetes |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad del Corazon | <input type="checkbox"/> trastornos genéticos | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |
| <input type="checkbox"/> Embolio Cerebral | | |

En caso de emergencia notificar: _____ **Relacion:** _____

Domicilio: _____ **Ciudad:** _____ **Estado:** _____

Codigo Postal: _____ **Telefono:** _____

Solicito que todos los beneficios dentales, si los hubiere, o de otros importes que correspondería pagar a mí o en mi nombre por los servicios prestados, se pagará directamente al proveedor del servicio. Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos por los servicios prestados por el proveedor. Cuando el producto de seguro son insuficientes para cubrir mis obligaciones por los servicios prestados, soy responsable por el deficit. Yo autorizo al proveedor del servicio a toda la información necesaria para garantizar el pago de las prestaciones. También doy mi consentimiento para el examen o tratamiento para mi y todos los niños menores de edad enumerados por los médicos, asistentes de médico y otro personal medico. Falta de información completa puede resultar en que yo reciba una factura por servicios.



Estoy consciente de que al firmar abajo, certifico que toda la información es completa y correcta. Aqua Dentistry puede verificar esta información.

Firma del Paciente Responsable: _____ Fecha: _____

Firma de Dr.: _____ Fecha: _____