



BIENVENIDO A NUESTRA OFICINA!

A Quién Estamos Viendo Hoy?

Como descubrió nuestra oficina? _____

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Dirección de Casa: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Número de Teléfono: _____ Teléfono del Trabajo : _____

Correo Electrónico: _____ # de Seguro Social: _____

Nombre de la Escuela: _____

Quién es su Dentista? _____ # del Dentista: _____

Contacto de Emergencia: _____ Relación con Paciente: _____

Teléfono de contacto de Emergencia: _____

Está interesado en ponerse frenos o empezar tratamiento *hoy*? _____

Información de la Persona Responsable del Menor ~ Usted es el paciente? Sí No

Si usted es el paciente, no responda a esta sección

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Número de Teléfono: _____ Número de Teléfono Alternativo _____

Dirección de Casa: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal : _____

Relación con Paciente: _____ # de Seguro Social: _____

Información de Seguro Dental

Compañía de Seguro: _____ Empleado por: _____

Nombre del Asegurado: _____ Fecha de Nacimiento: _____

OTRO LADO

Número de Grupo: _____ Número de Póliza : _____

Información de Seguro Dental (Secundario)

Compañía de Seguro: _____ Empleado por: _____

Nombre del Asegurado: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Número de Grupo: _____ Número de Póliza : _____

Por favor marque Sí o No a las Sigüientes Preguntas:

¿Ha visitado a un dentista en los últimos seis meses? SI NO

¿Alguna caries o problema de encías que necesitan tratamiento o hayan sido tratadas? SI NO

Por favor explique: _____

¿Alguna herida en los dientes, boca o mandíbula? SI NO

Por favor explique: _____

Marque los hábitos que el paciente pueda tener:

Rechinar los dientes, Respirador Bucal, Morderse las uñas, Problemas del habla, Mastica Hielo / Plumas / Lápices

No existen hábitos

¿El paciente está bajo el cuidado de un médico? SI NO

¿Hay algún problema de salud (medico, psiquiátrico, físico) que requiere tratamiento o visitas con un medico en el pasado o al momento? SI NO

Por favor explique: _____

¿Toma algún medicamento? SI NO

Por favor explique: _____

¿Tiene alergias? SI NO

Por favor explique: _____

¿Está usted embarazada? SI NO

Confirmación

Yo confirmo que la información que he dado sobre el paciente es correcta a lo mejor de mi conocimiento. Entiendo que esta información se llevará a cabo en la más estricta privacidad y es mi responsabilidad de informar a la oficina de cualquier cambio en el estado médico del paciente. Autorizo al Dr. Garcia y a su personal dental a realizar los servicios dentales necesarios que el paciente pueda necesitar durante su diagnostico y tratamiento con mi consentimiento.

Firma: _____ Fecha: _____

Gracias por llenar esta forma completamente!