



BIENVENIDO

INFORMACION PERSONAL

Apellido: _____ Nombre: _____ I: _____
Direccion: _____ Ciudad: _____ Estado: _____Codigo Postal: _____
Tel/Celular: _____ Edad: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Sexo: F ___ M ___
Correo Electronico: _____
Estado Civil: ___ Solter@ ___ Casad@ ___ Viud@ Numero de Seguro Social: _____
Empleado por _____ Direccion: _____
Contacto de emergencia (nombre): _____ Numero de Tel: _____
*POR QUE MEDIO FUE REFERIDO A NUESTRA OFICINA? _____
*NOMBRE DE PERSONA QUE LO REFIRIO: _____ Relacion: _____

SEGURO DENTAL

Nuestra oficina enviara las formas o planillas necesarias a las companies de seguros respectivas, y hara todo lo posible para que usted reciba el maximo beneficio de su poliza. Sin embargo, *no podemos garantizarle ninguna estimacion de beneficios*. Ya que su poliza dental es un contrato entre usted y su compañia de seguros, usted es



responsable en su totalidad por el pago de su tratamiento y cualquier diferencia que su seguro no cubra. **Usted es responsable por cualquier deducible, co-pago o diferencia que su seguro no pague.**

INFORMACION DEL SEGURO DENTAL

Compañía Aseguradora: _____ Numero del plan: _____

Nombre del asegurado: _____ Seguro Social #: _____

Fecha de nacimiento del asegurado: _____ Relacion al paciente: _____

Nombre del empleador: _____ Telefono: _____

AUTORIZACION

La informacion que yo he brindado en este cuestionario es la mas correcta posible. Yo tambien entiendo que esta informcion sera mantenida en la mas estricta confidencia y es mi responsabilidad informar a esta oficina de cualquier cambio en mi estado medico. Yo autorizo a esta oficina dental a realizar el tratamiento dental necesario para mi particular situacion y/o diagnostico.

Firma del paciente (o persona responsable)

Fecha

HISTORIA DENTAL Y MEDICA

Es usted alergico/a o ha tenido alguna reaccion alergica a algun alimento o medicina SI NO
A que? _____

CUESTIONARIO DE SALUD DENTAL

Son sus dientes sensitivos? SI NO Si la respuesta es SI a que? Calor ___ Frio ___ Dulces ___
Se le acumula alimento entre sus dientes? _____ Le sangran sus encias cuando se cepilla? _____
Ha notado inflamacion de sus encias alrededor de sus piezas dentales? _____ Fuma? _____
Tiene movilidad en sus piezas dentales? _____ Esta usted satisfecho con sus dientes y su apariencia? _____
Cuando fue su ultima visita al dentista? _____ Por que se marcho de su ultimo dentista? _____

I. MARQUE CON UN CIRCULO LA RESPUESTA CORRECTA (deje en blanco si no entiende la pregunta)

1. SI NO Esta en buena salud general?
2. SI NO Han habido cambios en su salud durante el ultimo año?
3. SI NO Ha estado hospitalizad@ o ha tenido una enfermedad grave en los ultimos tres años?



MINI DENTAL

- Si, por que? _____
4. SI NO Se encuentra actualmente bajo tratamiento medico? Para que? _____
 Fecha de su ultimo examen medico: _____ Nombre del doctor: _____
5. SI NO Ha tenido problemas con algun tratamiento dental en el pasado?
6. SI NO Tiene algun dolor ahora?
- II. HA NOTADO**
- | | |
|---|---|
| 7. SI NO Dolor de pecho (angina) | 18. SI NO Mareos |
| 8. SI NO los tobillos hinchados | 19. SI NO Ruidos o zumbidos en los oidos |
| 9. SI NO Falta de aliento | 20. SI NO Dolores de cabeza |
| 10. SI NO Reciente perdida de peso, fiebre, sudor en la noche | 21. SI NO Desmayos |
| 11. SI NO Tos persistente o tos con sangre | 22. SI NO Vista borrosa |
| 12. SI NO Problemas de sangramiento, moretes | 23. SI NO Convulsiones |
| 13. SI NO Problemas nasals (sinusitis) | 24. SI NO Sed excesiva |
| 14. SI NO Dificultad al tragar | 25. SI NO Orina con frecuencia |
| 15. SI NO Diarrea, estreñimiento, sangre en las heces | 26. SI NO Boca seca |
| 16. SI NO Vomitos con frecuencia, nauseas | 27. SI NO Ictericia |
| 17. SI NO Dificultad al orinar, sangre en la orina? | 28. SI NO Dolor o rigidez en las articulaciones |
- III. TIENE O HA TENIDO**
- | | |
|---|---|
| 29. SI NO Enfermedades del Corazon | 40. SI NO SIDA |
| 30. SI NO Infarto de Corazon, defectos en el Corazon | 41. SI NO Tumores, cancer |
| 31. SI NO Soplos en el Corazon | 42. SI NO Artritis, reuma |
| 32. SI NO Fiebre reumatica | 43. SI NO Enfermedades de los ojos |
| 33. SI NO Apoplejia, endurecimiento de las arterias | 44. SI NO Enfermedades de la piel |
| 34. SI NO Presion sanguinea alta | 45. SI NO Anemia |
| 35. SI NO Asma, tuberculosis, enfisema, otras enfermedades pulmonares | 46. SI NO Enfermedades venereas (sífilis o gonorrhea) |
| 36. SI NO Hepatitis, otras enfermedades del higado | 47. SI NO Herpes |
| 37. SI NO Problemas del estomago, ulceras | 48. SI NO Enfermedades renales (riñon), vejiga |
| 38. SI NO Alergias a remedios, comidas, medicamentos latex | 49. SI NO Enfermedades de tiroides o glandulas suprarrenales? |
| 50. SI NO Diabetes | |
- IV. TIENE O HA TENIDO**
- | | |
|--|----------------------------------|
| 51. SI NO Tratamiento psiquiatrico | 56. SI NO Hospitaliaciones |
| 52. SI NO Tratamiento de radiacion | 57. SI NO Transfusions de sangre |
| 53. SI NO Quimioterapia | 58. SI NO Cirugias |
| 54. SI NO Valvula artificial del Corazon | 59. SI NO Marcapasos |
| 55. SI NO Articulacion artificial | 60. SI NO Lentes de contacto |
- V. ESTA TOMANDO**
- | | |
|--|---|
| 61. SI NO Drogas de uso recreativo | 63. SI NO Tabaco de cualquier tipo |
| 62. SI NO Remedios, medicamentos, medicamentos sin receta (incluyendo aspirinia) | 64. SI NO Alcohol (bebidas alcoholicas) |
- Liste por favor: _____
- VI. SOLO PARA MUJERES**
- | | |
|--|--|
| 65. SI NO Esta o podria estar embarazada o dando pecho | 66. SI NO Esta tomando pastillas anticonceptivas |
|--|--|
- VII. PARA TODOS LOS PACIENTES**
- | |
|---|
| 67. SI NO Tiene o ha tenido alguna otra enfermedad o problema medico que NO esta en este cuestionario |
|---|

MINDENTAL



Si la respuesta es afirmativa, explique: _____

Que yo sepa, he respondido completamente y correctamente todas las pregunta. Informare a mi dentista si hay algun cambio en mi salud y/o en los medicamentos que tomo.

Firma del paciente:

Fecha: