



# BIENVENIDO

El privilegio de una sonrisa alegre, saludable es infinito. Nuestro objetivo es ayudarle a lograr y mantener una salud oral óptima. Por favor, sírvase llenar a cabalidad el siguiente cuestionario. Recuerde que establecer una buena comunicación influye en que usted reciba un buen servicio.

## Información Personal

Fecha: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

**Nombre:** \_\_\_\_\_  
Apellido Nombre Inicial Sr Sra Srta Dr

Prefiero ser llamado: \_\_\_\_\_  Hombre  Mujer

Fecha de Nacimiento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Edad: \_\_\_ SS#: \_\_\_-\_\_\_-\_\_\_

**Dirección Residencial:** \_\_\_\_\_  
Apt

Ciudad Estado Código Postal

Soltero(a)  Casado(a)  Divorciado(a)  Viudo(a)  Separado(a)

Tel. Casa #: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Cell #: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Tel Trabajo #: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Ext: \_\_\_\_\_ DL#: \_\_\_\_\_

**Nombre del Patrono:** \_\_\_\_\_

Dirección del Patrono: \_\_\_\_\_

Tiempo de Permanencia \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_

Indique dónde y cuándo es el tiempo más conveniente para hablar con usted? \_\_\_\_\_

Indique por quién fue referido para proceder a darle las gracias? \_\_\_\_\_

Mencione nombre de otros miembros de su familia atendidos por nosotros: \_\_\_\_\_

Nombre de su dentista: \_\_\_\_\_

Fecha de su última visita: \_\_\_\_\_

## Información Del Conyuge

Nombre: \_\_\_\_\_

Nombre del Patrono: \_\_\_\_\_

Tel Trabajo #: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Ext: \_\_\_\_\_

SS#: \_\_\_-\_\_\_-\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ DL# \_\_\_\_\_

**Persona Responsable de esta Cuenta:** \_\_\_\_\_

Tel. Casa #: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Cell #: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Envíese Cuenta a esta Dirección: \_\_\_\_\_

Relación: \_\_\_\_\_ SS#: \_\_\_-\_\_\_-\_\_\_

Nombre del Patrono: \_\_\_\_\_ DL#: \_\_\_\_\_

## Seguro Dental Primario

Nombre de la Compañía Asegurador: \_\_\_\_\_

Dirección de la Compañía Asegurador: \_\_\_\_\_

Num. de Tel. de la Compañía Asegurador: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Num. de Grupo (Plan, Local, Póliza Num.) \_\_\_\_\_

Nombre del Asegurador: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento del Asegurador: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

ID#: \_\_\_\_\_

Nombre del Patrono del Asegurado: \_\_\_\_\_

Dirección del Patrono: \_\_\_\_\_

## Seguro Dental Secundario

Nombre de la Compañía Asegurador: \_\_\_\_\_

Dirección de la Compañía Asegurador: \_\_\_\_\_

Num. de Tel. de la Compañía Asegurador: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Num. de Grupo (Plan, Local, Póliza Num.) \_\_\_\_\_

Nombre del Asegurador: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento del Asegurador: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

ID#: \_\_\_\_\_

Nombre del Patrono del Asegurado: \_\_\_\_\_

Dirección del Patrono: \_\_\_\_\_

## En caso de una emergencia

**¿Hay alguna persona cercana a usted a quien nos podamos dirigir?**

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Num Tel: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Dirección Residencial: \_\_\_\_\_  
Casa Trabajo

## Historial Médico

**¿Tiene Usted un médico?**  Si  No

Nombre del Médico: \_\_\_\_\_

Num. de Tel.: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Fecha de su última visita: \_\_\_\_\_

Está actualmente bajo el cuidado de un médico?  Si  No

Por favor explique: \_\_\_\_\_

## Historial Médico

Actualmente su salud física es:  Buena  Regular  Pobre

¿Fuma o usa Tabaco en cualquier forma?  Si  No

¿Ha tenido algún metal varillas, clavos o implante?  Si  No

¿Esta tomando cualquier precripción de venta libre o medicamentos a base de hierbas suplementarios?  Si  No

Porfavor la lista de cada uno: \_\_\_\_\_

¿Alguna vez has tomado Fosamax?  Si  No

¿Le han dicho que ronca o contener la respiracion mientras se duerme o se despierta sin aliento?  Si  No

### Para Mujeres:

¿Toma usted píldoras anti-conceptivas?  Si  No

¿Está usted embarazada?  Si  No

¿Está usted lactando?  Si  No

### Ha padecido usted de alguna de las siguientes enfermedades o problemas médicos?

- |  |   |
|--|---|
| S N Sangra con facilidad                 | S N Ampollas/Herpes                     |
| S N Abuso de Drogas/Alcohol              | S N Presión Arterial Alta               |
| S N Anemia                               | S N SIDA/ "HIV"                         |
| S N Artritis                             | S N Hospitalizado por alguna razón      |
| S N Válvulas Artificiales                | S N Problemas del Riñón                 |
| S N Asma                                 | S N Enfermedad del Hígado               |
| S N Transfusión de Sangre                | S N Presión Arterial Baja               |
| S N Cáncer/Quimioterapia                 | S N Lupus                               |
| S N Colitis                              | S N Prolapso: Válvula Mitral            |
| S N Defecto Congénito del Corazón        | S N Osteoporosis/Paget's Disease        |
| S N Diabetes                             | S N Marcapaso                           |
| S N Dificultades Respiratorias           | S N Problemas Psiquiátricos             |
| S N Enfisema                             | S N Tratamiento de Radiación            |
| S N Epilepsia                            | S N Fiebre Reumática/Fiebre Escarlatina |
| S N Desmayos                             | S N Convulsiones                        |
| S N Dolores de Cabeza Severos/Frecuentes | S N Culebrilla/Herpes Zoster            |
| S N Glaucoma                             | S N Enfermedad de Célula Falciforme     |
| S N Fiebre Alta                          | S N Sinusitis                           |
| S N Ataque del Corazon                   | S N Carrera                             |
| S N Soplo del Corazon                    | S N Problemas de Tiroides               |
| S N Cirugía de Corazón                   | S N Tuberculosis (TB)                   |
| S N Hemofilia                            | S N Ulceras                             |
| S N Hepatitis                            | S N Enfermedades Venéreas               |

Por favor, enumere cualquier otra condición médica seria que haya padecido:

\_\_\_\_\_

### ¿Es usted alérgico a alguno de los siguientes medicamentos?

- |                       |                 |                  |
|-----------------------|-----------------|------------------|
| S N Aspirina          | S N Eritomicina | S N Tetraciclina |
| S N Codeína           | S N Latex       | S N Otros        |
| S N Anestésico Dental | S N Penicilina  |                  |

Por favor, enumere cualquier otro medicamento al cual sea usted alérgico:

\_\_\_\_\_

## Historial Dental

¿Razon por la cual visita al dentista hoy? \_\_\_\_\_

¿Necesita antibióticos antes del tratamiento dental?  Si  No

¿Siente dolor?  Si  No

Ha tenido problemas serios con algún tratamieto dental previo?  Si  No

¿Tienes miedos acerca de ir a los dentistas?  Si  No

¿Alguna vez ha tenido tratamiento de las encias?  Si  No

¿Tiene o ha experimentado alguna vez dolor o malestar en la articulación de la mandíbula? (TMJ, TMD)?  Si  No

Actualmente su salud dental es:  Buena  Regular  Pobre

¿Le gusta sonrisa?  Si  No

¿Sangran sus encias?  Si  No

¿Cuantas veces a la semana usas hilo dental? \_\_\_\_ a dia? \_\_\_\_\_

¿Tipo de cepillo que usa?  Suave  Mediano  Duro

¿Por cuanto tiempo usa un cepillo antes de remplazarlo? \_\_\_\_\_

¿ Son sus dientes sensibles al calor, frio, o cualquier otra cosas? \_\_\_\_\_

¿Has perdido algun diente?  Si  No

Entiendo que la información que he dado hoy es correcta a mi leal saber y entender. Tambien entiendo que esta información se llevara a cabo en la mas estricta confianza y es mi responsabilidad de informar a esta oficina de cualquier cambio en mi estado médico. Yo autorizo el personal dental para revisar cualquier servicio dental necesario que puedo necesitar durante el diagnostico y el tratamiento con mi consentimiento.

Firma \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

### El Pago Debe Integralmente en el Momento del Tratamiento a Menos que Los Arreglos Previos se Han Aprobado

Si esta oficina acepta el seguro, entiendo que soy responsable de pagar cualquier copago y deducibles que mi seguro no cubra. Por lo presente autorizo el pago directamente a la oficina de los beneficios de seguro grupal que de otro modo se pagarian a mi. Todos los planes de tratamiento para futuros trabajos dentales estiman por su cobertura de seguro, entiendo que soy responsable de todos los costos de tratamiento dental. Autorizo por el presente lanzamiento de cualquier información, incluyendo el diagnostico y registros de tratamiento o examen rendido, a mi compania de seguros.

Firma \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Nuestra oficina es compatible con HIPPA y se compromete a cumplir o superar los estandares de control de infección mandado por OSHA, el CDC y el ADA.

**Consentimiento a la fotografia dental:** Yo autorizo a New Lenox Dental Group a tomar fotografías y/o videos de mi cara, mandibula y dientes, antes durante y despues del tratamiento, consiento en permitir que las fotografías se an usadas para:

- Registros dentales o investigación dental
- Educación dental incluyendo conferencia, seminarios, demostraciones, publicaciones profesionales tales como revistas o libros.
- Material de publicidad incluyendo sitios web y materiales impresos, educación del paciente.

Yo entiendo que si se usan las fotografías y/o videos, mi nombre o otra información de identificación se mantendra confidencial. No espero compensación, financiera o de otro tipo, por el uso de estas fotografías.

Firma (Paciente o Tutor) \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

**SÓLO PARA USO DE OFICINA SÓLO PARA USO DE OFICINA SÓLO PARA USO DE OFICINA SÓLO PARA USO DE OFICINA**

He revisado verbalmente la información médica/dental anterior con el paciente antes mencionado. Initials: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_