

Información sobre el Paciente

Nombre del Paciente: _____ Fecha: _____
Apellido Primer Nombre Segundo Nombre Sexo: _____
Número de Seguro Social _____ Fecha de Nacimiento: _____
Número de teléfono (Casa): _____ (Trabajo): _____ Correo Electrónico: _____
Dirección: _____
Número de Departamento _____
Ciudad Estado Código Postal

¿Por quien fue referido?: _____

CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA:

Nombre: _____ Parentesco: _____
Teléfono de Casa:(_____) Teléfono de Trabajo_(_____) _____

Cónyuge o Persona Responsable Por La Información

Lo siguiente es por : Cónyuge del paciente la persona responsable del pago

Nombre: _____
 Masculino Femenino Casado(a) Soltero(a) Menor de edad Otro _____
Número de Seguro Social _____ Fecha de Nacimiento: _____
Teléfono (Casa): _____ (Trabajo): _____ ¿Cuál es el mejor horario para llamarle?: _____
Dirección: _____
Número de Departamento _____
Ciudad Estado Zona Postal
Nombre el Empleador: _____ Ocupación: _____

Información de Seguro

Principal

Nombre de la persona asegurada: _____ ¿Es el paciente? Si No
Apellido Primer Nombre Segundo Nombre
Fecha de Nacimiento: _____ ID #: _____ # Grupo: _____
Nombre del Empleador: _____
Relación con la persona asegurada: Yo mismo Cónyuge Hijo(a) Otro _____
Nombre del Plan de Seguro: _____

Secundario

Nombre de la persona asegurada: _____ ¿Es el paciente? Si No
Apellido Primer Nombre Segundo Nombre
Fecha de Nacimiento: _____ ID #: _____ # Grupo: _____
Nombre del Empleador: _____
Relación con la persona asegurada: Yo mismo Cónyuge Hijo(a) Otro _____
Nombre del Plan de seguro: _____

Certifico que yo, y/o mis dependientes tienen cobertura de seguro con el anterior nombre de empresa y asignado directamente a la **Dra. Victoria Tobar** todos beneficios de seguros, Si cualquier, lo contrario a pagar me por servicios prestados. Entiendo que soy responsable financieramente por todos los cargos pagados o no pagados por la seguro. Autorizo el uso de mi firma en todas las presentaciones de aseguro. La **Dra. Victoria Tobar** puede utilizar mi información de cuidado de salud y podrá reveler dicha información a las ya mencionadas compañías de aseguro y sus agentes con el fin de obtener beneficios de la aseguro y los pagos relacionados con los servicios obtenidos.

Firma del Paciente, Padre tutor o Representante

Fecha

Parentesco con el Paciente

Historia Dental

Fecha de última visita Dental: _____ Motivo de esta visita: _____

Favor de marcar lo apliqué a usted:

- | | | | |
|--|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Mal Aliento | <input type="checkbox"/> Colección de comida entre los dientes | <input type="checkbox"/> Respira solo por la boca | ¿Con qué frecuencia usa el hilo dental? _____ |
| <input type="checkbox"/> Sangra las Encías | <input type="checkbox"/> Objetos extraños | <input type="checkbox"/> Le duele la boca cuando se cepilla | |
| <input type="checkbox"/> Ampollas en los labios | <input type="checkbox"/> Cruje los dientes | <input type="checkbox"/> Tratamiento de ortodoncia | Con qué frecuencia se cepilla los dientes? _____ |
| <input type="checkbox"/> Sensación de ardor en la lengua | <input type="checkbox"/> Encías inflamadas o Sensitivas | <input type="checkbox"/> Dolor al lado del oído | |
| <input type="checkbox"/> Mastica por un lado de la boca | <input type="checkbox"/> Dolor en la mandíbula o cansancio | <input type="checkbox"/> Tratamiento Periodontal | |
| <input type="checkbox"/> Fuma cigarrillo, pipa o cigarro | <input type="checkbox"/> Se muerde el labio o la mejilla | <input type="checkbox"/> Sensibilidad a lo frío | |
| <input type="checkbox"/> Truena la mandíbula | <input type="checkbox"/> Dientes sueltos o rotos | <input type="checkbox"/> Sensibilidad a lo caliente | |
| <input type="checkbox"/> Boca seca | | <input type="checkbox"/> Sensibilidad a lo dulce | |
| <input type="checkbox"/> Se muerde las uñas | | <input type="checkbox"/> Sensibilidad al morder | |
| | | <input type="checkbox"/> Llagas o tumores en la boca | |

- ¿Alguna vez ha tenido complicaciones después de un tratamiento dental? Si No

Información de Salud

¿Alguna vez ha tenido cualquiera de los siguientes? Cheque lo que aplique

- | | | | |
|--|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> SIDA | <input type="checkbox"/> Mareos | <input type="checkbox"/> Ictericia | <input type="checkbox"/> Reumatismo |
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Enfisema | <input type="checkbox"/> Enfermedad al Riñón | <input type="checkbox"/> Falta de oxígeno |
| <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Epilepsia | <input type="checkbox"/> Enfermedad al Hígado | <input type="checkbox"/> Problemas sinusal |
| <input type="checkbox"/> Articulaciones artificiales o válvula del corazón | <input type="checkbox"/> Sangrado Excesivo | <input type="checkbox"/> Baja Presión Arterial | <input type="checkbox"/> Erupción de la piel |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Desmayos | <input type="checkbox"/> Trastornos Mentales | <input type="checkbox"/> Problemas del estomago |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad de la Sangre | <input type="checkbox"/> Glaucoma | <input type="checkbox"/> Válvula prolapso Mitral | <input type="checkbox"/> Derrame Cerebral |
| <input type="checkbox"/> Cáncer | <input type="checkbox"/> Fiebre de Heno | <input type="checkbox"/> Trastornos Nerviosos | <input type="checkbox"/> Pies o tobillos hinchados |
| <input type="checkbox"/> Dependencia química | <input type="checkbox"/> Dolor de cabeza | <input type="checkbox"/> Marcapasos | <input type="checkbox"/> Problemas de Tiroides |
| <input type="checkbox"/> Quimioterapia | <input type="checkbox"/> Lesiones de cabeza | <input type="checkbox"/> Embarazada/ Amamantando | <input type="checkbox"/> Tuberculosis |
| <input type="checkbox"/> Problemas circulatorios | <input type="checkbox"/> Enfermedades del corazón | Fecha de alumbramiento: _____ | <input type="checkbox"/> Tumores |
| <input type="checkbox"/> Lesiones cardíaca congénita | <input type="checkbox"/> Soplo en el corazón | <input type="checkbox"/> Tratamiento de Radiación | <input type="checkbox"/> Ulceras |
| <input type="checkbox"/> Tratamientos de cortisona | <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> Problemas Respiratorios | <input type="checkbox"/> Enfermedades Venéreas |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Herpes | <input type="checkbox"/> Fiebre Reumática | |
| | <input type="checkbox"/> Presión Arterial | | |

- ¿Ha sido hospitalizado/a o ha necesitado atención de emergencia durante los dos últimos años? Si No
Si respondió si, explique por favor: _____

- ¿Esta ahora bajo el cuidado de un medico? Si No
Si es si, por favor explique: _____

• Nombre del medico: _____ Teléfono: _____

- ¿Tiene algún problema de salud que requiere mayor aclaración? Si No
Si es si, por favor explique: _____

Lista de los medicamentos que está tomando actualmente y el diagnóstico correlacionado:

Farmacia: _____

Alergias

Favor de marcar lo que le apliqué a usted:

- | | |
|---------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Aspirina | <input type="checkbox"/> Anestésico local |
| <input type="checkbox"/> Barbitúricos | <input type="checkbox"/> Penicilina |
| <input type="checkbox"/> Codeína | <input type="checkbox"/> Sulfamida |
| <input type="checkbox"/> Yodo | <input type="checkbox"/> Latex |
| <input type="checkbox"/> Otros: _____ | |

A lo mejor de mi conocimiento, todas las respuestas anteriores y la información proporcionada son verdaderas y correctas. Si alguna vez tengo cualquier cambio en mi salud, me asegurare de informar al doctor(a) en la próxima cita.

Fecha: _____
Firma del paciente, padre o tutor _____