

Informacion Sobre el Paciente

Bienvenidos a Sunset Dental Professionals.

Nuestro objetivo es ayudarle en la consecucion de la salud dental optima y completa. Por favor, tome un momento para llenar la forma con su informacion. Toda su informacion es confidencial y segura.

Gracias Por Escojernos!

Como escucho de nuestra oficina? Nuestra oficina crece con las referencias de nuestra familia dental. A quien le podemos dar gracias por referir lo/a a nuestra oficina dental _____ Fecha de hoy: _____

----- Informacion Personal -----

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: ____ - ____ - ____ Edad: _____ Hombre Mujer

Domicilio: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Codigio Postal: _____

Celular # : () _____ - _____ Telefono de Casa # : () _____ - _____ SS#: _____ - _____ - _____

Licencia de Conducir #: _____ Coreo Electronico: _____

Lugar de Empleo: _____ Ocupacion: _____ Telefono de Trabajo: () _____ - _____

Direccion de empleo: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Codigio Postal: _____

Nombre de Padre (si es menor) o Esposo/a: _____ Fecha de Nacimiento: ____ - ____ - ____ SS# _____ - _____ - _____

Lugar de Empleo: _____ Ocupacion: _____ Telefono de Trabajo: () _____ - _____

Direccion de empleo: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Codigio Postal: _____

Si es estudiante, nombre de la escuela y direccion: _____

----- Informacion Dental -----

Por favor de contestar cada pregunta. Marque: Si o No:

- ¿Tiene dientes que son sensible a : Caliente Frio Dulce Masticar
- ¿Ha notado algun aflojamiento de los dientes?..... Si No
- ¿Los alimentos se atrapan entre sus dientes?..... Si No
- ¿Sufre de dolor y / o inflamación de las encías?..... Si No
- ¿Sus encías sangran al cepillarse o al usar el hilo dental?..... Si No
- ¿Le faltan dientes? Si No
- ¿An sido remplasados?..... Si No
- ¿A tenido alguna vez mal aliento o sabor en la boca? Si No
- ¿Usa algun aparato dental removible? Si No
- ¿Está satisfecho/a con la apariencia de su sonrisa?..... Si No

Habitos

Usted:

- ¿Mantiene objetos extraños con los dientes (como lápices, tubos, clavos, uñas)?..... Si No
- ¿Muerde sus labios o sus cachetes con frecuencia? Si No
- ¿Aprieta o rechina sus dientes mientras esta despierto o dormido?..... Si No
- ¿Respira con la boca mientras esta despierto o dormido? Si No

Problemas de la Quijada

Ha sufrido usted o tiene actualmente:

- ¿Le truena la quijada? Si No
- ¿Dolor de la quijada? Si No
- ¿Dificultad en abrir o serar la boca? Si No
- ¿Dificultad en masticar? Si No
- ¿Dolor de cabeza..... Si No. Cuantas veces por semana? 1 , 2 , 3 , 4 , 5+

Antecedentes de Tratamiento Dental

Ha tenido alguna vez:

- ¿Ortodoncia? Si No
- ¿Cirugia oral o extracciones? Si No
- ¿Cirugia periodontal? Si No

CUESTIONARIO ACERCA DE SU SALUD

Tiene usted o ha tenido alguna de las enfermedades siguientes:

- Si No Sangramiento Abnormal
- Si No SIDA
- Si No Alcohol / Abuso de Drogas
- Si No Anemia
- Si No Colesterol alto
- Si No Asma, problemas sinusales
- Si No Anticoagulantes(Coumadin, Warfarin, Plavix)
- Si No Cancer Fecha: _____
- Si No Quimioterapia / Radiacion
- Si No Defectos cardiacos
- Si No Diabetes: Tipo I or Tipo II
- Si No Dificultad en respirar
- Si No Epilepsia, desmayos o convulsiones
- Si No Glaucoma
- Si No Dolor de Cabeza
- Si No Ataque al corazon Fecha: _____
- Si No Soplo cardiaco
- Si No Cirugia del corazon Fecha: _____
- Si No Hepatitis
- Si No Presion Alta
- Si No HIV Positivo
- Si No Reemplazo de Coyuntura Fecha: _____
- Si No Enfermedad del rinon
- Si No Enfermedad del Hgado
- Si No Alergia al Latex
- Si No Marcapasos
- Si No ¿Phen-Fen, ha tomado alguna vez Phen-Fen?
- Si No Protesis valvular, prolapsos de la valvula mitral
- Si No Problemas psicologicos o psiquiatrica
- Si No Fiebre Reumatica / Fiebre Scarlett
- Si No Reumatismo artritis
- Si No Enfermedad de celulas falciformes
- Si No Embolio Cerebral Fecha: _____
- Si No Medicamentos para Osteoporosis: Boniva, Fosamax, Actonel
- Si No Tuberculosis
- Si No Problemas de la Tiroides
- Si No Ulceras
- Si No ¿Mujer: Esta usted embarazada? Meses: _____
- Si No ¿Mujer: ha llegado a la menopausia?

Salud General: Excelente Buena Regular Pobre

Nombre de Doctor Medico: _____

Telefono: (____) _____ - _____ Ciudad: _____

¿Esta bajo cuidado medico? Si No

Fecha del ultimo exam medico? Mes: _____ Ano: _____

¿Esta tomando medicamentos? Si No

Lista de Medicamentos: _____

¿Esta tomando drogas? (Marijuana, etc.)

Si No

¿Es usted sensible o alergico a algun medicamento? Si No

Penicilina Tetracycline Sulfa Drugs Aspirina

Codiene Otra _____

¿Alguna vez a tenido una enfermedad grave o accidente que requiere hospitalizacion? (¿Que y Cuando?) _____

Entiendo que la informacion que he dado hoy en dia es correcta al mejor de mi conocimiento. Tambien entiendo que esta informacion se mantendra en la mas estricta confidencialidad y es mi responsabilidad informar a esta oficina de cualquier cambio de mi salud medica.

Firma: _____ **Fecha:** ____ - ____ -20____

Persona a quien comunicar en caso de emergencia.

Nombre: _____

Relacion: _____

Celular #: (____) _____ - _____

¿Tiene alguna enfermedad, condicion o problema no mencionado anteriormente? _____

Acuerdo Financiero y Consentimiento para Tratamiento

Escriba sus iniciales:

____ Yo autorizo cualquier pago de seguro dental directamente a la oficina dental, de otro modo pagado a mi.

____ **\$25 Cargo por pagos atrasados** Culquier balance de la cuenta mas de 30 dias tendra un cargo de \$25. En caso de incumplimiento de pago me compromento a pagar los intereses legales sobre el balance debido, junto con los gastos de coleccion y costo de abogado.

____ Yo autorizo el dentista y el personal de la oficina para administrar y realice tales procedimientos diagnosticos y terapeuticos que sean necesarios y apropiados para mi dentadura en caso de emergencia. La informacion en esta forma y la historia medica esta corecta a lo mejor de mi conocimiento.

____ **YO ENTIENDO QUE SOY FINANCIERAMENTE RESPONSABLE DE TODOS LOS GASTOS DE TRATAMIENTO DENTAL COMPLETO, INDEPENDIENTE DE LA COBERTURA DE SEGURO DENTAL.**

Firma: _____ **Fecha:** ____ - ____ -20____

Scriba Nombre: _____

Adulto Padre Madre Guardian Otro _____

Firma del Doctor: _____ **Fecha:** ____ - ____ -20____

Pre-Med: Si No