

Bienvenidos



5288 Dawes Ave
Alexandria, VA 22311
Ph: (703) 595 – 2345
Lntdental1@gmail.com

1. Informacion del Paciente (confidencial)

Primer Nombre: _____ Apellido: _____ Medio: _____ Fecha: _____

SS #: _____ Fecha de nacimiento: _____ Anos: _____ Licencia de conducir: _____ Estado: _____

Direccion: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Codigo postal: _____

Telefono de casa: _____ Trabajo: _____ Celular: _____ Email: _____

Sexo: Masculino/Femenino **Estado Civil:** Casado/Soltero/Divorciado/Viudo/Separado **Estudiante Estado:** Completo/MedioTiempo

Empleador: _____ Ocupacion: _____ Empleo Estado: _____

Direccion del Empleador: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Codigo postal: _____

Referido por: _____

2. Contactos de Emergencia

Emergencia Contacto # 1: _____ Relacion a Paciente: _____ Telefono #: _____

Emergencia Contacto # 2: _____ Relacion a Paciente: _____ Telefono #: _____

Direccion: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Codigo postal: _____

Medico Primario: _____ Medicos Telefono #: _____

3. Parte Responsable

Yo _____ Esposa _____ Padre _____ Si no aplica ninguno complete lo siguiente:

Nombre del Responsable: _____ SS#: _____ Relacion con el Paciente: _____

Direccion: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Codigo postal: _____

Telefono de casa: _____ Trabajo: _____ Celular: _____ Email: _____

Es el responsable paciente de nuestra oficina? _____ SI _____ NO

Para su comodidad, ofrecemos los siguientes metodos de pago. Porfavor marque la opcion que prefiera.

CFECTIVO ___ CREDITO DE CUIDADO ___ VISA ___ MC ___ DIS. ___ AMEX ___ Deseo discutir la politica de pagos de la oficina ___

4. Informacion del seguro

Nombre del Asegurado: _____ SS #: _____ Relacion con el paciente: _____

Nombre de la compania de Seguro: _____ Grupo #: _____ Politica #: _____

Insurance Co. Direccion: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Codigo postal: _____

Telefono del Seguro #: _____

Tiene Seguro Dental adicional? NO _____ SI _____ **si respondio si complete lo siguiente:**

Nombre de la compania de Seguros: _____ Grupo #: _____ Poliza #: _____

Insurance Co. Direccion: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Codigo postal: _____

Telefono del Seguro #: _____

5. Informacion Dental

Motivo de la visita de hoy: Examen _____ Limpieza _____ Consulta _____ Emergencia _____

Otro: _____

Estas adolorido? _____ NO _____ SI En caso afirmativo, Cuanto Tiempo _____

Nombre Del Dentista Anterior: _____ Localizacion de la Oficina: _____ Fecha del ultimo examen: _____

- | | | | | | |
|--|----|----|---|----|----|
| 1. Las encias sangran mientras cepillan o usan hilo dental? | Si | No | 8. Tienes Dolores de cabeza frecuentes? | Si | No |
| 2. Son sus dientes sensibles a liquidos o alimentos o frios? | Si | No | 9. Aprieta o rechaza los dientes? | Si | No |
| 3. Son sus dientes sensibles a liquidos o alimentos dulces a amargos? | Si | No | 10. Se muerde los labios o mejillas con frecuencia? | Si | No |
| 4. Siente dolor en alguno de sus dientes? | Si | No | 11. Alguna vez ha tenido extracciones dificiles en el pasado? | Si | No |
| 5. Tiene llagas o bultos en o cerca de su boca? | Si | No | 12. Alguna vez ha tenido sangrado prolongado desques de las extracciones? | Si | No |
| 6. Ha tenido alguna lesion en la cabeza, el cuello o la mandibula? | Si | No | 13. Ha tenido algun tratamiento ortodoncico? | Si | No |
| 7. Alguna vez ha experimentado alguno de los siguientes problemas en la mandibular ypur? | | | 14. Ha tenido algun tratamiento de ortodoncia? | Si | No |
| • Haciendo clic | Si | No | 15. Usas dentaduras postiza o parcial? | Si | No |
| • Dolor (articulacion, oreja, lado de la cara) | Si | No | Desde cuando _____ | | |
| • Dificultad para abrir o cerrar | Si | No | 16. Alguna vez ha recibido instruccione de higiene oral? | | |
| • Dificultad para masticar | Si | No | respect al cuidado de sus dientes y encias | Si | No |

6. Historia Medica

1. 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 so salud durante el ultimo ano? |
| 3. | Si | No | Ha estado hospitalizado / a o ha tenido de una enfermedad grave en los ultimos tres anos?
Indique que en fermedad? _____ |
| 4. | Si | No | Se encuentra actualmente bajo tratamiento medico? Por que? _____
Fecha de su ultimo examen medico? _____ Fecha de su ultima cita dental: _____ |

2. HA NOTADO:

- | | | | | | | | |
|-----|----|----|---|-----|----|----|--|
| 5. | Si | No | Dolor de pecho (angina)? | 16. | Si | No | Mareos? |
| 6. | Si | No | Los tobillos hinchado? | 17. | Si | No | Ruidos o zumbidos en los oidos? |
| 7. | Si | No | Falta de aliento? | 18. | Si | No | Dolores de cabeza? |
| 8. | Si | No | Reciente perdida de peso, fiebre, sudor en la noche ? | 19. | Si | No | Desmayos? |
| 9. | Si | No | Tos persistente o tos con sangre? | 20. | Si | No | Vista borrosa? |
| 10. | Si | No | Problemas de sangramiento, moretes? | 21. | Si | No | Con vulsiones? |
| 11. | Si | No | Problemas nasals (sinusitis)? | 22. | Si | No | Sed excesiva? |
| 12. | Si | No | Dificultad al tragar? | 23. | Si | No | Orina con frecuencia? |
| 13. | Si | No | Diarrea, estrenimiento, sangre en las heces? | 24. | Si | No | Bocaseca? |
| 14. | Si | No | Vomitos con frecuencia, nauseas? | 25. | Si | No | Ictericia? |
| 15. | Si | No | Dificultad al orinar, sangre en la orina? | 26. | Si | No | Dolor o rigidez en las articulaciones? |

3. TIENE O HA TENIDO:

- | | | | | | | | |
|-----|----|----|---|-----|----|----|---------------------------------------|
| 27. | Si | No | Enfermedades del corazon? | 38. | Si | No | SIDA |
| 28. | Si | No | Infarto de Corazon, defectos en el corazon? | 39. | Si | No | Tumores, cancer? |
| 29. | Si | No | Soplos en el corazon? | 40. | Si | No | Artritis, reuma? |
| 30. | Si | No | Fiebre reumatica? | 41. | Si | No | Enfermedades de los ojos? |
| 31. | Si | No | Apoplejia, endurecimiento de las arterias? | 42. | Si | No | Enfermedades de la piel? |
| 32. | Si | No | Presion sanguinea alta? | 43. | Si | No | Anemia? |
| 33. | Si | No | Asma, tuberculosis, enfisema, otras enfermedades? | 44. | Si | No | Enfermedades venereas? |
| 34. | Si | No | Hepatitis, otras enfermedades del higado? | 45. | Si | No | Herpes? |
| 35. | Si | No | Problemas del estomago, ulceras? | 46. | Si | No | Enfermedades renales, vejiga? |
| 36. | Si | No | Alergias a remedios, comidas, medicamentos latex? | 47. | Si | No | Enfermedades de tiroides o glandulas? |
| 37. | Si | No | Familiares con diabetes, problemas de corazon, tumors? suprarrenales? | 48. | Si | No | Diabetes? |

4. TIENE O HA TENIDO:

- | | | | | | | | |
|-----|----|----|---------------------------------|-----|----|----|--------------------------|
| 49. | Si | No | Tratamiento psiquiatrico? | 54. | Si | No | Hospitalizaciones? |
| 50. | Si | No | Tratamientos de radiacion? | 55. | Si | No | Transfusiones de sangre? |
| 51. | Si | No | Quimioterapia? | 56. | Si | No | Cirugias? |
| 52. | Si | No | Valvula artificial del corazon? | 57. | Si | No | Marca pasos? |
| 53. | Si | No | Articulacion artificial? | 58. | Si | No | Lentes de contacto? |

5. ESTA TOMANDO:

- | | | | | | | | |
|-----|----|----|---|-----|----|----|--------------------------------|
| 59. | Si | No | Drogas de uso recreativo? | 61. | Si | No | Tabaco de cualquier tipo? |
| 60. | Si | No | Remedios, medicamentos, medicamentos? Sin receta (incluyendo Aspirina)? | 62. | Si | No | Alcohol (bebidas alcoholicas)? |

Liste por favor: _____

6. SOLO PARA MUJERES:

- | | | | | | | | |
|-----|----|----|-----------------------------------|-----|----|----|-------------------------------|
| 63. | Si | No | Esta embarazada o a ma mantando ? | 64. | Si | No | Esta tomando anticonceptivos? |
|-----|----|----|-----------------------------------|-----|----|----|-------------------------------|

7. PARA TODOS LOS PACIENTES:

65. Si No Tiene o ha tenido alguna otra enfermedad o problema medico que NO esta en este cuestionario?

Si la respuesta es affirmative explique: _____

Autorizacion y Liberacion

Certifico que he leído y entiendo la información anterior a mi leal saber y entender. Las preguntas anteriores han sido contestadas con precisión. Entiendo que proporcionar información incorrecta puede ser peligroso para mi salud. Autorizo al dentista a revelar cualquier información incluyendo el diagnóstico y los registros de cualquier tratamiento o examen que me hayan prestado a mi o a mi hijo durante el periodo de atención dental a terceros pagadores y / o profesionales de la salud. Autorizo y solicito a mi compañía de seguros que pague directamente al dentista o a los beneficios del seguro grupo dental que de otro modo se pagarían a mi. Entiendo que mi compañía de seguros dental puede pagar menos que la factura actual por servicios. Acepto ser responsable del pago de todos los servicios prestados en mi nombre o mis dependientes.

X _____
Firma del paciente (o padre / tutor)

_____/_____/_____
Fecha

