

Smiles On Wellwood

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.

INFORMATION PERSONAL

FECHA _____

NOMBRE _____

Apellido

Nombre

Inicial

St. Sra. Srta. Dr.

PREFIERO SER LLAMADO _____

FECHA DE NACIMIENTO _____

DIRECCIÓN RESIDENCIAL _____

Calle

Ciudad _____ Estado _____ Num. Apt. _____

Código Postal

ESTADO CIVIL _____

Soltero(a)

Cansado(a)

Viudo(a)

Separado(a)

Divorciado(a)

TEL CASA _____

CASA _____

TEL TRABAJO _____ EXT _____ NUM. LIC. _____

NOMBRE DEL PATRONO _____ **NAME OF PRIMARY** _____

DIRECCIÓN DEL PATRONO _____ **ADDRESS** _____

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 ANTERIOR _____ ACTUAL _____

FECHA DE SU ÚLTIMA VISITA _____

INFORMATION DEL CONYUGE

NOMBRE _____

NOMBRE DEL PATRONO _____

NUM. DE TELÉFONO DEL TRABAJO _____ **EXT** _____ **NUM. SS.** _____

FECHA DE NACIMIENTO _____ **NUM. LIC.** _____

PERSONA RESPONSABLE DE ESTA CUENTA _____

NUM. DE TELÉFONO DEL TRABAJO _____ **EXT** _____ **NUM. SS.** _____

ENVÍESE CUENTA A ESTA DIRECCIÓN _____

RELACIÓN _____ **NUM. SS.** _____

NOMBRE DEL PATRONO _____ **NUM. LIC.** _____

Seguro Dental Primario

NOMBRE DE LA COMPAÑÍA ASEGURADORA _____

DIRECCIÓN DE LA COMPAÑÍA ASEGURADORA _____

NUM. DE TELÉFONO DE LA COMPAÑÍA ASEGURADORA: _____

NUM. DE GRUPO (PLAN, LOCAL O PÓLIZA NUM.): _____

NOMBRE DEL ASEGURADO: _____ **RELACIÓN** _____

FECHA DE NACIMIENTO DEL ASEGURADO: _____

NUM. SS DEL ASEGURADO: _____

NOMBRE DEL PATRONO DEL ASEGURADO: _____

Seguro Dental Secundario

NOMBRE DE LA COMPAÑÍA ASEGURADORA _____

DIRECCIÓN DE LA COMPAÑÍA ASEGURADORA _____

NUM. DE TELÉFONO DE LA COMPAÑÍA ASEGURADORA: _____

NUM. DE GRUPO (PLAN O NUM. DE PÓLIZA); _____

NOMBRE DEL ASEGURADO: _____ **RELACIÓN** _____

FECHA DE NACIMIENTO DEL ASEGURADO: _____

NUM. SS DEL ASEGURADO: _____

NOMBRE DEL PATRONO DEL ASEGURADO: _____

¿EN CASE DE UNA EMERGENCIAHAY ALGUNA PERSONA CERCANA A USTED A QUIEN NOS PODEMOS DIRIGIR?

Nombre _____ RELACIÓN _____
 NUM.TELÉFONO: _____
 CASA TEL TRABAJO

Seguro Dental Primario

¿TIENE USTED UN MÉDICO? **SI** **NO**
 NOMBRE DEL MÉDICO: _____
 NUM.TELÉFONO: _____ FECHA DE SU ÚLTIMA VISITA _____

Historical Medico continúa

Actualmente su salud física es: Buena Regular Pobre
 ¿ESTÁ USTED BAJO EL CUIDADO DE ALGÚN MÉDICO? SI NO
 EPLIQUE POR FAVOR: _____
 ¿USA USTED ALGÚN MEDICAMENTO POR SU CUENTA? SI NO
 FAVOR DE ENUMERAR: _____
 PARA MUJERES: ¿TOMA USTED PÍLDORAS ANTI-CONCEPTIVAS? SI NO
 ¿ESTÁ USTED EMBARAZADA? SI NO NUM DE SEMANAS: _____
 ¿ESTÁ USTED LACTANDO? SI NO

HA PADECIDO USTED DE ALGUNA DE LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES O PROBLEMAS MÉDICOS?

- | | |
|---|--|
| SI NO ANEMIA / TRATAMIENTO DE RADIACIÓN | SI NO CIRUGÍA DE CORAZÓN / MARCAPASO |
| SI NO HUESOS ARTIFICIALES / COYUNTURAS | SI NO HEMOFILIA / SANGRA CON FACILIDAD |
| SI NO VÁLVULAS ARTIFICIALES | SI NO HEPATITIS |
| SI NO ASMA / ARTITIS | SI NO PRESIÓN ARTERIAL ALTA / BAJA |
| SI NO TRANSFUSIÓN DE SANGRE | SI NO SIDA / "HIV" |
| SI NO CÁNCER / QUIMIOTERAPIA | SI NO HOSPITALIZADO POR ALGUNA RAZÓN |
| SI NO DEFECTO CONGÉNITO DEL CORAZÓN | SI NO PROBLEMAS DEL RIÑÓS |
| SI NO DIABETES / TUBERCULOSIS (TB) | SI NO PROLAPSO: VÁLVULA MITRAL |
| SI NO DIFICULTATED RESPIRATORIAS | SI NO PROBLEMAS PSIQUIÁTRICAS |
| SI NO ABUSO DE DROGAS / ALCOHOL | SI NO FIEBRE REUMÁTICA / FIEBRE ESCARLATINA |
| SI NO ENFISEMA / GLAUCOMA | SI NO DOLORES DE CABEZA SEVEROS / FRECUENTOS |
| SI NO EPÍLEPSIA / CONVULSIONES / DESMAYOS | SI NO HERPES ZOSTER / CULEBRILLA |
| SI NO AMPOLLAS / HERPES | SI NO SÍNUSSITIS |
| SI NO ATAQUE DEL CORAZÓN / DERRAME | SI NO ULCERAS / COLITIS |
| SI NO SOPLO | SI NO ENFERMEDADES VENÉREAS |

por favor, enumere cualquier otra condición médica seria que haya padecido.

¿ Es usted alérgico a alguna de los siguientes medicamentos?

- | | | |
|------------------------|--------------------|--------------------|
| SI NO ANESTÉSIA DENTAL | SI NO ERITROMICINA | SI NO PENCILING |
| SI NO ASPIRINA | SI NO LATEX | SI NO TETRACICLING |
| SI NO CODEÍNA | SI NO OTROS | |

por favor, enumere cualquier otra medicamento al cual usted alérgico;

HISTORICAL DENTAL

RAZÓN POR LA CUAL VISITA AL DENTISTA HOY:

 ¿SIENTE DOLOR? SI NO ¿HA TENIDO PROBLEMAS SERIOS CON ALGÚN TRATAMIEO ?
 ¿DENTAL PREVIO? SI NO

¿HA SENTIDO USTED DOLOR O MOLESTIA EN LA COYUNTURA TEMPORO MANDIBULAR (TMJ, TMD)?

ACTUALMENTE SU SALUD DENTAL ES SI NO
 BUENA REGULAR POBRE
 ¿LE GUSTA SU SONRISA? SI NO
 ¿SANGRAN SUS ENCIAS ? SI NO
 ¿CÚANTOS VECES AL DÍA USA EL HILO DENTAL ?
 ¿CÚANTOS VECES AL DÍA SE CEPILLA ?
 ¿TIPO DE CEPILLO QUE USA ? DURO MEDIANO
 SUAVE

a mi mejor entender? la información dada hoy es correcta. también entiendo que la misma es confidencial y que es mi responsabilidad notificar a la oficina cambios en mi condición de salud. autorizo al personal dental a practicar los servicios dentales que sean necesarios para luego de habersido informado dar mi consentimiento para diagnostico y tratamiento.

Firma: _____ Fecha: _____

de no haber sido aprobado otro convenio, el total de su cuenta debe ser cubierto al recibir el tramiento.

GRACIAS POR LLENAR ESTE CUESTIONARIO COMPLETAMENTE EL MISO AYUDARÁ A SERVIRLE EFECTIVAMENTE NOS COMPLACERÁ CONTESTAR SUS PREGUNTAS.

Nuestra oficina está comprometida a cumplir o a superar las regulaciones de control de infección según ordenadas por OSHA, CDC y el ADA.

Yo he revisado verbalmente la información médica / dental que aparece arriba con el paciente aquí mencionado. Iniciales _____ Fecha: _____

Comentarios del dentista: _____

HISTORIAL MEDICO AL DIA

Fecha: _____ Comentarios: _____ Firma: _____
 Fecha: _____ Comentarios: _____ Firma: _____
 Fecha: _____ Comentarios: _____ Firma: _____