

¡Nos Gustaria Conocerlo Mejor!

Nombre _____ Masculino Femenino Fecha _____
Telefono de casa(____)____ - _____ Telefono de trabajo (____)____ - _____ Celular(____)____ - _____
Domicilio _____ Ciudad _____ Estado _____ Zona postal _____
E-mail _____ Fecha de Nacimiento _____ Seguro Social _____ - _____ - _____
Licencia de Manejar # _____ Estado Civil _____ Nombre de su Pareja _____
Ocupacion _____ Empleador _____ Horario de Trabajo _____
Contacto de emergencia _____ Telefono _____
Ultima vez que fue al dentista? _____ Persona responsable del costo y tratamiento dental _____
Quien lo recomendo a nuestra oficina? _____ Porque dejo a su ultimo dentista? _____

Queremos Atender sus Necesidades Dentales

Cuáles son sus actuales problemas dentales? _____
Usted evita alguna parte de la boca al cepillarse? Sí No
Le sangran las encias al cepillarse? Sí No
Son sus dientes sensibles a lo dulce, frio/caliente, o presion al morder? Sí No
Quiero saber de soluciones que duren mas. Sí No
Esta insatisfecho con la apariencia de sus dientes? Sí No
El tratamiento dental le pone nervioso? mucho moderado un poco No
Yo pienso que mi presente salud dental es excelente buena mala
Si pudiera cambiar mi sonrisa, yo haria mis dents mas... blancos derechos cerrar espacios reparar quebraduras dentales
Otras preguntas que quiera hacernos? _____

Informacion de la persona quien tiene la poliza de seguro dental

Nombre de quien tiene la póliza de seguro dental _____ Seguro Social # _____ - _____ - _____
Fecha de nacimiento _____ Empleador _____ Nombre del Seguro Dental _____
Telefono del Seguro Dental _____ Numero del Grupo _____ Domicilio _____

Esta cubierto por otro seguro dental? Si la respuesta es si, favor de completar lo siguiente...

Nombre de quien tiene la póliza de seguro dental _____ Seguro Social # _____ - _____ - _____
Fecha de nacimiento _____ Empleador _____ Nombre del Seguro Dental _____
Telefono del Seguro Dental _____ Numero del Grupo _____ Domicilio _____

Certifico que mis dependientes y yo tenemos cobertura de seguro dental y asigno directamente a Horizon Dentistry todas las ventajas de los beneficios del seguro dental si hay alguno, si no, yo pagare por los servicios rendidos. Entiendo que soy financieramente responsable de todo cargo pagado por o sin el seguro dental. Autorizo el uso de mi firma en todas las sumisiones del seguro dental. Horizon Dentistry puede utilizar mi información del cuidado médico y puede divulgar tal información a mi compañía de seguros y sus agentes para la obtención del pago para servicios y determinación del seguro se benefician o las ventajas pagaderas para servicios relacionados.

Firma del paciente _____ Fecha _____

QUESTIONARIO DE SALUD

Nombre del paciente _____ Fecha de nacimiento _____ Masculino Femenino

HISTORIA DENTAL

Indique si usted haya tenido cualquiera de los siguiente:

Mal aliento	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Ampollas en labio o boca	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Sensación de ardor en la lengua	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Boca seca	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Tratamiento de ortodoncia	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Fuma	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Rechina los dientes	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Dolor de mandíbula	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Comida entre la dentadura	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Muerde las uñas	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Le truena la mandíbula	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Dentadura suelta/rellenos quebrados	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Respira por la boca	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Tratamiento periodontal	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Mastica en un lado solamente	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No

HISTORIA DE SALUD

Liste cualquier medicina incluso hierbas que usted toma actualmente y el diagnóstico: _____

Indique si usted ha tenido cualquiera del siguiente:

<input type="checkbox"/> Pre medicamento	<input type="checkbox"/> Sida	<input type="checkbox"/> Alergia -Latex	<input type="checkbox"/> Otras alergias
<input type="checkbox"/> Alergia a la penicilina	<input type="checkbox"/> Alergia-Sulfa	<input type="checkbox"/> Anemia	<input type="checkbox"/> Artritis
<input type="checkbox"/> Valvula artific. Corazon	<input type="checkbox"/> Coyunturas artificiales	<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Problemas de espalda
<input type="checkbox"/> Enfermedad de sangre	<input type="checkbox"/> Cancer	<input type="checkbox"/> Dependencia química	<input type="checkbox"/> Quimioterapia
<input type="checkbox"/> Problema circulatorios	<input type="checkbox"/> Lesión de corazón congéneteral	<input type="checkbox"/> Tratamiento de cortisona	<input type="checkbox"/> Toz con sangre
<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Epilepcia	<input type="checkbox"/> Sangra exesivamente	<input type="checkbox"/> Desmallos/mareos
<input type="checkbox"/> Glaucoma	<input type="checkbox"/> Heridas en la cabeza	<input type="checkbox"/> Problemas del corazón	<input type="checkbox"/> Soplo en el corazón
<input type="checkbox"/> Problemas del corazón	<input type="checkbox"/> Hepatitis A	<input type="checkbox"/> Hepatitis B	<input type="checkbox"/> Hepatitis C
<input type="checkbox"/> Herpes	<input type="checkbox"/> Precion alta de la sangre	<input type="checkbox"/> VIH	<input type="checkbox"/> Implantos
<input type="checkbox"/> Ictericia	<input type="checkbox"/> Enfermedad del riñón	<input type="checkbox"/> Enfermedad de hígado	<input type="checkbox"/> Precion baja de la sangre
<input type="checkbox"/> Desórdenes mentales	<input type="checkbox"/> Prorogazos de válvula de mitral	<input type="checkbox"/> Nervioso	<input type="checkbox"/> Otro
<input type="checkbox"/> Marcapasos	<input type="checkbox"/> Pulmonía	<input type="checkbox"/> Tratamiento de radiación	<input type="checkbox"/> Problemas de respiracion
<input type="checkbox"/> Fiebre reumática	<input type="checkbox"/> Reumatismo	<input type="checkbox"/> Fiebre escarlatina	<input type="checkbox"/> Problemas de sinusitis
<input type="checkbox"/> Problemas estomacales	<input type="checkbox"/> Ataques	<input type="checkbox"/> Tuberculosis	<input type="checkbox"/> Tumores
<input type="checkbox"/> Ulceras	<input type="checkbox"/> Enfermedad venérea		

1. Esta en buna salud? Si No

2. ¿Esta usted bajo el cuidado de un médico? Si No

3. Domicio de su doctor

4. ¿Ha tenido una operación o enfermedad seria? Si No

explique _____

Mujeres Solamente

Esta embarazada, amamentando o tomando anticonceptivos? Si No

Si esta embarazada, # de semanas _____

Favor de contestar las siguientes preguntas:

1. ¿Ha utilizado drogas para dieta tales como Pondimin, Phen-Phen o Redux? Si No

2. ¿Ha sido tratado con los bisphosphonates intravenosos (Aredia o Zometa) para el dolor huesos, hipercalcemia o las complicaciones esqueléticas resultando de la enfermedad de Paget, Mieloma Múltiple, Fosamax o cáncer metastático? Si No

3. ¿Usted ha tenido un reemplazo ortopédico de cadera, rodilla, codo o dedo total? Si No

4. ¿Tiene un marcapaso cardiaco, o usted ha tenido cirugía del corazón? Si No

5. ¿Le han dado anestésica local como, Novacaine, etc.? Si No

6. ¿Ha tenido una reacción desfavorable de una anestésica local? Si No

7. ¿Usted ha tenido problemas asociado a un tratamiento dental anterior? Si No

8. ¿Tiene alguna enfermedad, condición o problema que no ha mencionado que nos necesita decir? Si No

¿Que? _____

Firma del paciente _____ Fecha _____ Relacion al paciente _____

He leído y he repasado toda la información antedicha y he contestado a todas las preguntas al mejor de mi conocimiento. La autorización se debe firmar para el paciente, en el caso de un menor de edad o cuando el paciente es físicamente o mentalmente incompetente.

Firma del Doctor _____ Fecha _____