Charlotte DentalPro
Professional Dental Services for the Charlotte Area

¡Gracias por seleccionar nuestro equipo de atención dental! Nos esforzaremos por prestarle la mejor atención dental posible. Para ayudarnos a satisfacer todas sus necesidades de atención dental, llene completamente este formulario con lápiz de tinta. Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda, consúltenos, con gusto lo ayudaremos.

No. de paciente _____
No. de seguro social _____
Fecha _____

Información del Paciente (CONFIDENCIAL)

Nombre _____ Fecha de nacimiento _____ Teléfono particular _____
Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Codigo Postal _____
Correo electrónico _____ Teléfono celular _____

Marque el cuadro correspondiente: ☐ Menor ☐ Soltero(a) ☐ Casado(a) ☐ Divorciado(a) ☐ Viudo(a) ☐ Separado(a)

Si es estudiante, nombre de la universidad _____ Ciudad _____ Estado _____ ☐ Tiempo Completo ☐ Tiempo parcial

Paciente o empleador del paciente o tutor _____ Teléfono del trabajo _____
Dirección commercial _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____
Cónyuge o nombre del padre o tutor _____ Empleador _____ Teléfono del trabajo _____
Persona de contacto en caso de urgencia _____ Teléfono _____
¿Cómo escuchó de nosotros / Referencia? _____

Parte Responsable

Persona responsable de esta cuenta _____ Relación con el Paciente _____
Dirección _____ Teléfono particular _____
Correo electrónico _____ Teléfono celular _____
No. de licencia de conducir _____ Fecha de nacimiento _____ Institución financiera _____
Empleador _____ Teléfono del trabajo _____ No. de seguro social _____

¿Está persona es actualmente paciente de nuestra consulta? ☐ Sí ☐ No

Para su comodidad, le ofrecemos los siguientes métodos de pago. Marque la opción que prefiera. Pago total en cada cita:

☐ Efectivo ☐ Cheque personal ☐ Tarjeta de crédito ☐ VISA ☐ MasterCard ☐ Deseo analizar las políticas de pago de la consulta.

Información del Seguro

Nombre del asegurado _____ Relación con el Paciente _____
Fecha de nacimiento _____ No. de seguro social _____ Fecha de empleo _____
Nombre del empleador _____ No. de sindicato o gremio local _____ Teléfono del trabajo _____
Dirección del empleador _____ Ciudad _____ Estado/Provincia _____ Código Postal/P.C. _____
Compañía de seguros _____ No. do grupo _____ Políza/No. de identificación _____
Dirección de la compañía de seguros _____ Ciudad _____ Estado/Provincia _____ Código Postal/P.C. _____
¿De cuánto es su deducible? _____ ¿Cuánto ha usado? _____ Beneficio máximo anual _____

¿TIENE ALGÚN SEGURO ADICIONAL? ☐ Sí ☐ No Sí LA RESPUESTA ES SÍ, LLENE LO SIGUIENTE:

Nombre del asegurado _____ Relación con el Paciente _____
Fecha de nacimiento _____ No. de seguro social _____ Fecha de empleo _____
Nombre del empleador _____ No. de sindicato o gremio local _____ Teléfono del trabajo _____
Dirección del empleador _____ Ciudad _____ Estado/Provincia _____ Código Postal/P.C. _____
Compañía de seguros _____ No. de grupo _____ Política/No. de identificación _____
Dirección de la compañía de seguros _____ Ciudad _____ Estado/Provincia _____ Código Postal/P.C. _____
¿De cuánto es su deducible? _____ ¿Cuánto ha usado? _____ Beneficio máximo anual _____

Sigue en la hoja siguiente

Antecedentes Médicos del Paciente

Médico _____ No. de teléfono de la consulta _____

	Sí	No
1. ¿Se encuentra ahora bajo tratamiento?	☐	☐
2. ¿Ha estado alguna vez hospitalizada por alguna intervención quirúrgica o enfermedad grave durante los últimos 5 años?	☐	☐
Si la respuesta es sí, explique _____		
3. ?Toma algún medicarnento(s) incluidos los medicamentos sin receta médica?	☐	☐
Si la respuesta es sí, ¿qué medicarnento(s) está tomando? _____		
4. ¿Ha tomado alguna vez Fen-Phen/Redux?	☐	☐
5. ¿Ha tomado alguna vez Fosamax, Boniva, Actonel o algun medicamento para el cáncer que contenga bisfosfonatos?	☐	☐
6. ¿Ha tomado Viagra, Revatio, Cialis o Levitra en las últimas 24 horas?	☐	☐
7. ¿Consume tobacco	☐	☐
8. ¿Usa sustancias controladas?	☐	☐
9. ¿Tiene o ha tenido alguno de los siguientes?		

	Sí	No
10. ¿Está usando lentes de contacto?	☐	☐
11. ¿Es alérgico o ha sufrido alguna reacción alérgica a los siguientes elementos?		
Anestesia Local (por ejemplo, Novocaína)	☐	☐
Penicilina o cualquier otro antibiótico	☐	☐
Medicamentos con Sulfa	☐	☐
Barbitúricos	☐	☐
Sedantes	☐	☐
Yodo	☐	☐
Aspirina	☐	☐
Algún Metal (por ejemplo, ñiquel, mercurio, etc.)	☐	☐
Látex/Goma	☐	☐
Otro (por favor enumere)_____		
12. ¿Tiene tos o aclarción de la garganta persistente no asociada con una enfermedad conocida(que haya durado más de 3 semanas)?.	☐	☐
13. Sólo Mujeres:		
a) ¿Está actualmente embarazada o cree que pueda estarlo?	☐	☐
b) ¿Está amamantando?	☐	☐
c) ¿Está tomando anticonceptivos orales?	☐	☐

	Sí	No		Sí	No		Sí	No
Hipertensión Arterial	☐	☐	Cardiopatia	☐	☐	Dolor en el pecho	☐	☐
Ataque Cardiaco	☐	☐	Marcapasos Cardiaco	☐	☐	Ouedar Facilmente sin Aliento	☐	☐
Fiebre Reumática	☐	☐	Soplo Cardiaco	☐	☐	Derrame Cerebral	☐	☐
Hinchazón de Tobillos	☐	☐	Angina	☐	☐	Fiebre del Heno/Alergias	☐	☐
Desmayo/Ataques	☐	☐	Cansancio Frecuente	☐	☐	Tuberculosis	☐	☐
Asma	☐	☐	Anemia	☐	☐	Radioterapia	☐	☐
Presión Arterial Baja	☐	☐	Enfisema	☐	☐	Glaucoma	☐	☐
Epilepsia/Convulsiones	☐	☐	Cáncer	☐	☐	Pérdida de Peso Reciente	☐	☐
Leucemia	☐	☐	Artritis	☐	☐	Enfermedad Hepática	☐	☐
Diabetes	☐	☐	Implante o Reemplazo de Articulaciones	☐	☐	Problemas al Corazón	☐	☐
Enfermedad Renal	☐	☐	Hepatitís/Ictericia	☐	☐	Problemas Respiratorios	☐	☐
SIDA or Infección de VIH	☐	☐	Enfermedades de transmission sexual	☐	☐	Prolapso de la Válvula Milral	☐	☐
Problema de Tiroides	☐	☐	Problemas Estomacales/Ulceras	☐	☐	Otros _____		

Antecedentes Dentales del Paciente

Nombre y Ubicación del Dentista Anterior _____

	Sí	No
1. ¿Sangran sus encías mientras se cepilla o usa la seda dental?	☐	☐
2. ¿Sus dientes son sensibles a los alimentos o líquidos calientes o frios?	☐	☐
3. ¿Sus dientes son sensibles a los alimentos o líquidos dulces o amargos?	☐	☐
4. ¿Siente dolor en alguno de sus dientes?	☐	☐
5. ¿Tiene alguna llaga o bulto en la boca o alrededor de ella?	☐	☐
6. ¿Ha tenido lesiones en la cabeza, cuello o mandíbula?	☐	☐
7. ¿Ha experimentado alguno de los siguientes problemas en su mandíbula?		
Chasquido	☐	☐
Dolor (articulación oído costado de la cara)	☐	☐
Dificultad para abrirla o cerrarla	☐	☐
Dificultad para mascar	☐	☐

	Sí	No
8. ¿Tiene dolores de cabeza frecuentes?	☐	☐
9. ¿Aprieta o rechina los dientes?	☐	☐
10. ¿Se muerde ¡os labios o mejilla con frecuencia?	☐	☐
11. ¿Ha tenido extracciones difíciles en el pasado?	☐	☐
12. ¿Ha tenido alguna vez alguna hemorragia prolongada después de una extracción?	☐	☐
13. ¿Ha tenido algún tratamiento ortodoncia?	☐	☐
14. ¿ Usa prótesis totales o parciales?	☐	☐
Si la respuesta es sí, fecha de postura _____		
15. ¿Ha racibido alguna vez instrucciones de higiene bucal concerniente al cuidado de sus dientes y encias?	☐	☐
16. ¿Le gusta su sonrisa?	☐	☐

Autorización y Entrega de Información

Certifico haber leído y comprendido la información anterior. Las preguntas anteriores se han contestado en forma precisa. Comprendo que proporcionar información incorrecta puede ser peligroso para mi salud. También autorizo al dentista a entregar cualquier información incluido el diagnóstico y registros de cualquier tratamiento o exámenes prestados a mi o a mi hijo durante el periodo de dicha atención dental a terceros pagadores y/o a otros profesionales de la salud. Autorizo y solicito a mi compañía de seguros a pagar directamente al dentista o al grupo de dentistas los beneficios del seguro o de lo contrario pagaderos a mi persona. Comprendo que mi compañía de seguros dental puede pagar menos que el total real de servicios. Acepto hacerme responsable del pago de todos los servicios prestados en mi nombre o mis dependentes.

_____ _____ _____ _____

Firma del paciente (o padre/tutor si es menor de edad) Fecha Firma del Doctor Fecha

Comentarios del Doctor_____