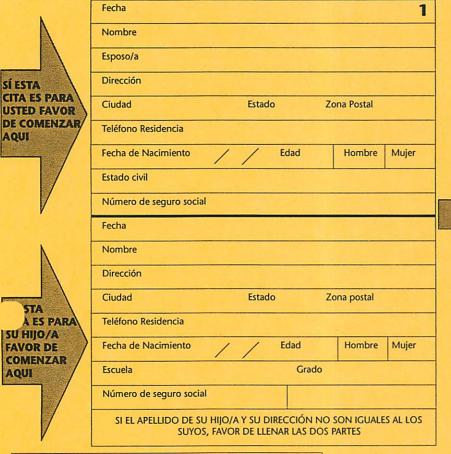
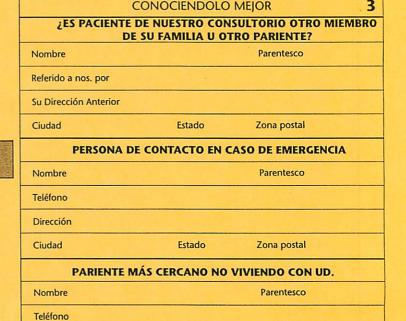
REGISTRO DE PACIENTE

FAVOR DE COMPLETAR LA SIGUIENTE INFORMACIÓN CONFIDENCIAL



The state of the s	SEGURO DENTAL 2
	COBERTURA PRIMARIA
	Compañía de Seguro
	Número del Grupo
	Empleado
	Fecha de Nacimiento
	Fecha de primer dia de empleo
>	Número de Sindicato o local
	Número de Empleado
	Número de seguro social del empleado
	COBERTURA SECUNDARIA
	Compañia de Seguro
	Número del Grupo
	Empleado
	Fecha de Nacimiento
	Fecha de Empleo
	Número de Sindicato o local
	Número de Empleado

4 INFORMACIÓN FINANCIERA PERSONA RESPONSABLE POR SU CUENTA Nombre Relacion con el Paciente Dirección Ciudad Estado Zona postal Extención Teléfono de Negocio USTED Nombre Ocupacion Nombre del Patron Ciudad Dirección de Negocio Teléfono de Negocio Extención SU ESPOSO/A Nombre Ocupacion Nombre de Negocio Dirección de Negocio Ciudad Extención Teléfono de Negocio



Estado

(Por favor voltee y firme)

Dirección

Ciudad

Zona postal

	Consentimiento al Tratamiento
1.	Por este medio autorizo al doctor o personal auxiliar a tomar radiografías, impresiones de los dientes, fotografías, y hacer cualquier otra prueba y/o examen necesario para poder determinar los necesidades dentales que nos permita hacer un diagnóstico exhaustivo de (nombre del paciente).
2.	Una vez se determine el diagnóstico apropiado y este haya sido aprobado por mi, autorizo al doctor y a su personal a ejecutar la acción necesaria para completar dicho tratamiento.
3.	Autorizo el uso de anestésico, sedantes, y cualquier otro medicamento que haya sido determinado como necesario. Entiendo que el uso de dichos medicamentos pueden causar reacciones, adversas y/u otros riesgos. Entiendo que puedo solicitar en cualquier momento una explicación de cualquier posible complicación.
4.	Por último, estoy de acuerdo de hacerme responsable por pagar todos los servicios que se presten en mi beneficio o el de mis dependientes. Entiendo que el pago por los servicios prestados debe hacerse al momento de recibir los mismos, salvo algún otro acuerdo convenido por escrito. En la eventualidad de que no se reciba el pago en la fecha convenida, entiendo que se le pude aumentar el 1½% (18% APR) en pagos atrasados al balance de mi cuenta.
ciente	Fecha Testigo
dre/M	ladre o Persona Responsable

Form 001-5 (2.95)

1.800.925.2600

0 1993 by Pride Publishing, Ltd.

HISTORIAL DENTAL

Nombre del Paciente	
Número de Cuenta del Paciente	Alerta Médica

¡Bienvenidos! Para poder proporcionarle el mejor cuidado posible por favor complete los dos lados de éste formulario con su historial medico/dental.

Toda la información es completamente confidencial.

Fecha de: Su última visita dental: Su última limpieza dental Toma de radiografías intraorales; Qué se le hizo en su última visita dental?								
Nombre de su dentista anterior								
Dirección	Ciuda	ad	Estado Zona postal					
Teléfono		-						
¿Con qué frecuencia tiene exámenes dentales? _								
			¿Usa hilo dental?					
¿Qué otros artefactos dentales usa? (Interplak, palillos, e								
7								
¿Tiene problemas dentales actualmente?								
Si alguno, favor de explicar:				_				
Tiene dientes con sensibilidad a:			Alguna vez ha tenido:	· ·				
¿Frió o caliente?		No	¿Tratamiento de ortodoncia? ¿Cirugía oral?	Sí Sí	N			
¿Dulces?		No	¿Tratamiento Periodontal?	Sí	N			
¿Morder o masticar?		No	¿Rebajacion de los dientes o ajuste oclusal?	Sí	N			
¿Ha notado olores o malos sabores orales? ¿Le salen inflamaciones, ampollas u otras lesiones en la	21	No	¿Una férula oclusal o protector intraoral?	Sí	N			
boca con frecuencia?	Sí	No	¿Una lesion seria a la cabeza o la boca?	Sí	N			
boca con necacinea.	51	110	Si contesto si, por favor explique:					
¿Le duelen o sangran las encías?	Sí	No						
¿Han tenido sus padres enfermedades de las encías o			Ha experimentado Ud.:					
pérdido de dientes?		No	¿Chasquido o crepitación de la mandíbula?	Sí				
¿Se le suele atorar comida entre los dientes?	Sí	No	¿Dolór? (articulación, oído, parte de la cara)	Sí	N			
Si contesto sí ¿en dónde?			¿Dificultad al abrir o cerrar la boca?	Sí	N			
			¿Dificultad al masticar en cualquiera de los dos lados de la boca?	Sí	N			
Usted:			¿Dolor de cabeza, dolor de cuello, o dolor en los	٥,				
¿Aprieta o rechina los dientes mientras está despierto			hombros?	Sí	N			
o dormido?	Sí	No	¿Músculos adoloridos (en el cuello, u hombros)?	Sí	N			
¿Se muerde los labios o dentro de la mejilla								
regularmente?		No	¿Está satisfecho con la apariencia de sus dientes?	Sí	N			
Detiene objetos con los dientes (lápices, pipa, alfileres,			¿Le gustaría conservar sus dientes por toda su vida?	Sí	N			
clavos, uñas)?		No	¿Se siente nervioso al recibir tratamiento dental?	Sí	N			
¿Respira por la boca cuando está déspierto o dormido?		No	Si contestó sí, ¿que es lo que mas le preocupa?					
¿Se le cansa la mandibula especialmente en la mañana?		No	¿Túvo alguna vez una experiencia dental traumática?	Sí	Ν			
¿Fuma/mastíca tabaco?	Sí	No	Si contestó sí, por favor explíque:	51				

HISTORIAL MÉDICO

Nombre del paciente	
Número de cuenta (del paciente)	Alerta médica
Si contestó sí, para que condición médica requirió éste trata	miento? Sí No
Dirección Ciudad	Estado Zona Postal
	años?
_	
4. ¿Está conciente de tener alguna alergia (o reacción adversa) a	a cualquier substancia o medicina?:Sí No
5. Indique cual de los siguiente tiene, o ha tenido. Marque con	
Corazón (Cirugía, enfermedad, ataque) Sí No Úlceras	
Cardiopatía congénita Sí No Problema de la tiroid	desSí No S.I.D.ASí No
Soplo cardiaco	
Presión arterial alta	
Valvula cardial artificial Sí No Tos crónica	Sí No HemofiliaSí No
Marcapaso cardial Sí No Tuberculosis	Sí No Enfermedad de celula falsiforme Sí No
Artritis/Reumatismo	
Tobillos hinchados	
Embolia	Sí No Epilepsia o crisis convulsivaSí No
Articulaciones artificiales (cadera, Quimoterapia	Sí No Períodos de desmayos o mareos Sí No Nerviosidad/Ansiedad Sí No Cuidado psiquiátrico/psicológico Sí No
	Sí No
¿Ha perdido o aumentado más de 10 libras de peso en el últim	
•	n no mencionado?: Sí No
	contesto sí, meses
•	omando píldoras anticonceptivas? Sí No
ontestado todas las preguntas de acuerdo a mi mejor conocion reguntarle a la entidad o agencia correspondiente que me pr Notificaré al doctor de cualquier cambio en mi salud o medica	
Firma de paciente/guardián	Fecha
Repaso del historial médico	
Repaso del historial médico	
Firma del Doctor	Fecha