

Información del Paciente

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____
Teléfono: _____ Correo electrónico: _____
Dirección: _____ Ciudad/Estado/Código postal: _____
Sexo asignado al nacer (Marque una opción): M F | Género: _____
Empleador/Escuela: _____ Nombre del cónyuge/padre/madre: _____
¿A quién podemos agradecerle por recomendarlo? _____
Contacto de emergencia: _____ Teléfono del contacto de emergencia: _____

Persona Responsable

Nombre de la persona responsable de esta cuenta: _____
Parentesco con el paciente: _____ Dirección: _____
Teléfono: _____ Empleador: _____ Fecha de nacimiento: _____
¿Actualmente es paciente de nuestra oficina? (Marque una opción): S N
Correo electrónico: _____

Información del Seguro

Nombre del asegurado: _____ Parentesco con el paciente: _____
Fecha de nacimiento: _____ Número de Seguro Social: _____
Empleador: _____ Dirección del empleador: _____
Compañía aseguradora: _____ Número de grupo: _____
Número de sindicato o local: _____
Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
Deducible: _____ Monto del deducible utilizado: _____ Beneficio anual máximo: _____

Seguro Adicional

Nombre del asegurado: _____ Parentesco con el paciente: _____
Fecha de nacimiento: _____ Número de Seguro Social: _____
Empleador: _____ Dirección del empleador: _____
Compañía aseguradora: _____ Número de grupo: _____
Número de sindicato o local: _____
Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
Deducible: _____ Monto del deducible utilizado: _____ Beneficio anual máximo: _____

Historial Dental

Motivo de la Visita de Hoy: _____ Fecha de la Última Atención Dental: _____

Dentista Anterior: _____ Fecha de la Última Radiografía Dental: _____

Marque con una cruz (✓) cualquier problema que tenga o haya tenido:

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Mal Aliento | <input type="checkbox"/> Rechinar los Dientes | <input type="checkbox"/> Sensibilidad al Calor |
| <input type="checkbox"/> Sangrado de Encías | <input type="checkbox"/> Dientes Flojos o Empastes Rotos | <input type="checkbox"/> Sensibilidad a los Dulces |
| <input type="checkbox"/> Chasquidos o Chasquidos en la Mandíbula | <input type="checkbox"/> Tratamiento Periodontal | <input type="checkbox"/> Sensibilidad al Morder |
| <input type="checkbox"/> Acumulación de Comida entre los Dientes | <input type="checkbox"/> Sensibilidad al Frío | <input type="checkbox"/> Llagas/Protuberancias en la Boca |

¿Con qué frecuencia usa hilo dental? _____ ¿Con qué frecuencia se cepilla los dientes? _____

Historial Médico

Nombre del médico de cabecera: _____ Fecha de la última visita: _____

¿Consulta a otros médicos? De ser así, indique sus nombres y el motivo: _____

¿Ha tomado alguna vez algún medicamento del grupo conocido como "fen-phen"? Estos incluyen combinaciones de Lonimin, Adipex, Fastin (nombres comerciales de fentermina), Pondimin (fenfluramina) y Redux (dexfenfluramina). ☐ Sí ☐ No

¿Ha tenido alguna enfermedad u operación grave? ☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo, describa: _____

¿Ha recibido alguna transfusión de sangre? ☐ Sí ☐ No | Indique la(s) fecha(s) aproximada(s): _____

¿Está embarazada? ☐ Sí ☐ No ☐ N/A | ¿Dando Pecho?: ☐ Sí ☐ No | Tomas anticonceptivos orales: ☐ Sí ☐ No

Marque con una cruz (✓) la casilla junto a cualquier problema que tenga o haya tenido:

- | | | | |
|--|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Lesiones cardíacas congénitas | <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> Escarlatina |
| <input type="checkbox"/> Artritis/reumatismo | <input type="checkbox"/> Tratamientos con cortisona | <input type="checkbox"/> Reparación de hernia | <input type="checkbox"/> Dificultad para respirar |
| <input type="checkbox"/> Válvulas cardíacas artificiales | <input type="checkbox"/> Tos persistente | <input type="checkbox"/> Hipertensión | <input type="checkbox"/> Erupción cutánea |
| <input type="checkbox"/> Articulaciones/clavos artificiales, etc. | <input type="checkbox"/> Tos con sangre | <input type="checkbox"/> VIH/SIDA | <input type="checkbox"/> Derrame cerebral |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Dolor de mandíbula | <input type="checkbox"/> Hinchazón de pies/tobillos |
| <input type="checkbox"/> Problemas de espalda | <input type="checkbox"/> Epilepsia | <input type="checkbox"/> Enfermedad renal | <input type="checkbox"/> Problemas de tiroides |
| <input type="checkbox"/> Anomalías hemorrágicas | <input type="checkbox"/> Desmayos | <input type="checkbox"/> Enfermedad hepática | <input type="checkbox"/> Tabaquismo |
| <input type="checkbox"/> Enfermedades sanguíneas | <input type="checkbox"/> Glaucoma | <input type="checkbox"/> Prolapso de la válvula mitral | <input type="checkbox"/> Amigdalitis |
| <input type="checkbox"/> Cáncer <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza | <input type="checkbox"/> Marcapasos | <input type="checkbox"/> Tuberculosis | |
| <input type="checkbox"/> Dependencia química | <input type="checkbox"/> Soplo cardíaco | <input type="checkbox"/> Radioterapia | <input type="checkbox"/> Úlcera |
| <input type="checkbox"/> Quimioterapia | <input type="checkbox"/> Problemas cardíacos | <input type="checkbox"/> Enfermedades respiratorias | |
| <input type="checkbox"/> Problemas circulatorios | <input type="checkbox"/> Hemofilia | <input type="checkbox"/> Fiebre reumática | <input type="checkbox"/> Enfermedades venéreas |

Si marcó alguna casilla en la sección Historial Médico (página 2), proporcione detalles adicionales a continuación. Incluya la fecha del diagnóstico, cómo se está manejando la afección (con medicamentos u otros tratamientos), su nivel actual de control y el nombre de su médico o especialista tratante.

Enumere los medicamentos que toma actualmente y el diagnóstico correspondiente:

Alergias:

Autorización:

A mi leal saber y entender, la información anterior es completa y correcta. Entiendo que es mi responsabilidad informar a mi médico si yo o mi hijo menor de edad experimentamos algún cambio en mi estado de salud, medicamentos o alergias.

Certifico que yo y/o mi(s) dependiente(s) tenemos cobertura de seguro con:

_____ (Nombre de la(s) compañía(s) de seguros) y cedo directamente al Dr. Orffa Masso, DDS, todos los beneficios del seguro, si los hubiera, que de otro modo me corresponderían por los servicios prestados. Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos, ya sean pagados o no por el seguro. Autorizo el uso de mi firma en todas las presentaciones del seguro.

El dentista mencionado anteriormente puede usar mi información médica y divulgarla a la(s) compañía(s) de seguros mencionada(s) anteriormente y a sus agentes con el fin de obtener el pago de los servicios y determinar los beneficios del seguro o los beneficios pagaderos por servicios relacionados. Este consentimiento finalizará cuando se complete el plan de tratamiento actual o un año después de la fecha de firma a continuación.

Firma del paciente, padre, madre, tutor o representante personal

Fecha

Por favor, escriba el nombre del paciente, padre, madre, tutor o representante personal.

Parentesco con el paciente.