

Bienvenido

Bergenline Family Dental

INFORMACION PERSONAL

Apellido:	Nombre:	Inicial:	<input type="checkbox"/> Sr. <input type="checkbox"/> Sra.	<input type="checkbox"/> Srta. <input type="checkbox"/> Dr.
Estado Civil (Circule uno): Soltero(a) Casado(a) Viudo(a) Separado(a) Divorciado(a)		Fecha de Nacimiento:	Edad:	Sexo: <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer
Dirección Residencial:		Numero de SS.:	Teléfono (Casa): ()	
Ciudad:	Estado:	Código Postal:	Teléfono (Celular): ()	
Ocupación:	Compañía de Trabajo:		Teléfono (Trabajo): ()	
Referido a la clínica por (por favor de escoger uno):		<input type="checkbox"/> Doctor	<input type="checkbox"/> Seguro	<input type="checkbox"/> Hospital
<input type="checkbox"/> Pariente	<input type="checkbox"/> Amigo	<input type="checkbox"/> Compañero de Trabajo	<input type="checkbox"/> Paginas amarillas	<input type="checkbox"/> Otro

INFORMACION DE SU SEGURO DENTAL (POR FAVOR DE ENSEÑAR SU TARJETA A LA RECEPCIONISTA)

Nombre del Seguro:	Nombre del Asegurado:	Núm. SS del Asegurado:	Fecha de Nacimiento:	Núm. de Identificación:
Relación:	<input type="checkbox"/> Paciente	<input type="checkbox"/> Esposo(a)	<input type="checkbox"/> Niño(a)	<input type="checkbox"/> Otro
Nombre del Seguro Secundario:	Nombre del Asegurado:	Núm. SS del Asegurado:	Fecha de Nacimiento:	Núm. de Identificación:
Relación:	<input type="checkbox"/> Paciente	<input type="checkbox"/> Esposo(a)	<input type="checkbox"/> Niño(a)	<input type="checkbox"/> Otro

HISTORIA DENTAL

Razón por la cual visita al dentista hoy:	
¿Requiere usted antibióticos antes de recibir tratamiento dental?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
¿Siente dolor?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
¿Ha tenido problemas serios con algún tratamiento dental previo?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
¿Ha sentido usted dolor o molestia en la coyuntura temporomandibular (TMJ, TMD)?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
¿Sangran sus encías?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
¿Cuántas veces usa el hilo dental cada semana?	
¿Cuántas veces al día se cepilla?	

CONTINUA AL DORSO »

HISTORIA MÉDICA

¿Ha padecido usted de alguna de las siguientes enfermedades o problemas médicos? (Por favor de circular)

Abuso de Drogas / Alcohol	Dolores de Cabeza Severos / Frecuentes	Presión Arterial Baja
Ampollas / Herpes	Enfermedades Venéreas	Problemas del Riñón
Anemia	Enfisema	Problemas Psiquiátricos
Asma	Epilepsia / Convulsiones	Prolapso: Válvula Mitral
Artritis	Fiebre Reumática / Fiebre Escarlatina	SIDA / HIV
Ataque del Corazón	Glaucoma	Sinusitis
Cáncer / Quimioterapia	Hemofilia	Soplo
Cirugía de Corazón / Marcapaso	Hepatitis	Transfusión de Sangre
Defecto Congénito del Corazón	Herpes Zoster / Culebrilla	Tratamiento de Radiación
Desmayos	Hospitalizado por alguna razón	Tuberculosis
Diabetes	Huesos Artificiales/ Coyunturas	Úlceras / Colitis
Dificultades Respiratorias	Presión Arterial Alta	Válvulas Artificiales
Por favor, enumere cualquier otra condición medica seria que haya tenido:		

¿Es usted alérgico a alguno de los siguientes medicamentos? (Por favor de circular)

Anestésico Dental	Eritromicina	Tetraciclina
Aspirina	Látex	Otros: _____
Codeína	Penicilina	

¿Esta usted tomando algún medicamento?

Si

No

Por favor, enumere los medicamentos:

EN CASO DE EMERGENCIA

Nombre de Contactos en Caso de Emergencias:	Relación al paciente:	Teléfono (Casa):	Teléfono (Trabajo):
		()	()
		()	()

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 haber sido informado dar mi consentimiento para diagnóstico y tratamiento.

Firma:

Fecha:

El total de mi cuenta debe ser cubierto al recibir el tratamiento. Entiendo que soy responsable de pagar todos los costos de los servicios recibidos. Yo autorizo el intercambio de mi información entre la oficina y mi seguro y que la compañía mande los pagos directamente a Bergenline Family Dental.

Firma:

Fecha: