

BIENVENIDOS

Nombre del Paciente: _____

Como prefiere ser llamado? _____

Edad _____ Masculino _____ Femenino _____

Fecha de Nacimiento _____

Dirección _____

Teléfono (casa) _____ Trabajo _____

Celular _____

Razón de la cita de hoy _____

A quien le damos las gracias por la recomendación? _____

Como cortesía en un futuro vamos a estar recordándoles a los pacientes de sus citas por correo electrónico, por favor apunte su dirección de correo electrónico:

INFORMACION DE CONTACTO DE EMERGENCIA: A Quien Podemos Llamar En Caso De Emergencia:

Nombre: _____

Teléfono: _____

Relación al Paciente: _____

HISTORIA DENTAL

Es la primera visita dental: Si _____ No _____

Dentista Anterior _____ Ultima Visita _____

Ha tenido problemas de:

Rechinamiento de dientes _____ Cuando _____

Dolor de Dientes _____ Cuando _____

Ha tenido alguna reacción desfavorable después de previos tratamientos médicos/dentales? _____

Existe algo que quisiera cambiar de su sonrisa? _____

HISTORIA MEDICA

Esta usted actualmente bajo el cuidado de un especialista ó medico de salud por alguna razón?
Si _____ No _____

Sí, Porque? _____

Nombre de Especialista: _____

Numero de Teléfono _____

Tiene historia familiar de problemas de salud? _____

Si, Cual? _____

Ha sido hospitalizado alguna vez? Si ___ No ___
Sí, Porque? _____

Es usted alérgico alguna medicina? Si ___ No ___
Si, Cual? _____

Son antibióticos necesarios para el trabajo dental debido a un soplo de Corazón, prótesis, desvió u otra razón medica? Si _____ No _____

Toma usted alguna medicina? Si _____ No ___
Si, Cual? _____

Tiene usted una historia de medicinas que toma con frecuencia? Si _____ No ___
Si, Cual? _____

Es usted alérgico a algún tinte? Si _____ No ___
Si, Cual? _____

Es usted alérgico a algún limpiador ambiental?
Si _____ No ___
Si, Cual? _____

Es Usted alérgico alguna comida? Si ___ No ___
Si, Cual? _____

Es usted alérgico a látex, metales, ó acrílicos?
Si _____ No ___
Si, Cual? _____

Tiene algún miembro de la familia, ó incluso usted ha tenido algún problema con el anestésico general? Si _____ No _____

POR FAVOR CIRCULAR LO QUE PERTENECE A USTED:

SIDA O VIH

Anemia

Artritis

Asma, que lo provoca? _____

Autismo

Condiciones de la vejiga

Enfermedades de la Sangre

Transfusiones de Sangre

Defectos de Nacimiento

Problemas de huesos/articulaciones

Sustitución de articulación

Derrame Cerebral

Se le hacen Moretones Fácilmente

Cáncer ó Malignidad

Parálisis Cerebral

Radiación ó Quimioterapia

Abuso de niño

Infección de adenoides/amígdalas crónica

Infecciones de oído Crónicas

Labio/Paladar Hendido

Lesión de Corazón Congénita

Convulsiones/Desmayos

Retraso en el Desarrollo

Diabetes- Tipo 1 _____ Tipo 2 _____

Drogadicción

Oído Congestionado, Picando, ó Ruidos

Perturbación Emocional

Epilepsia

Problema de Ojos

Problema de Sangrado Excesivo

Problemas de Nausea ó Vomito

Desmayo ó Mareo

Ampollas de Fiebre

Crecimiento y Problemas del Desarrolló

Cirugía de Corazón

Dolores de Cabeza

Daños del Oído/Sodera

Soplo ó Defecto de Corazón

Reemplazo de Válvula/Stent

Hemofilia

Hepatitis ó Enfermedad de Hígado

Hipertensión

Hiperactividad/ ADD

Enfermedad de Riñón

Leucemia

Invalidez Mental

Llagas de Boca

Deficiencia alimenticia

Problemas Ortopédicos

Dolor en las Uniones de la Mandíbula

Nacimiento Prematuro

Cuidado Psiquiátrico

Fiebre Reumática

Escoliosis

Anemia de Células Falciformes

Fumador

Síndrome _____

Tuberculosis

Otro _____

HISTORIA DENTAL PREVENTIVA

Con que frecuencia se cepilla el niño? _____

Es supervisado? Si _____ No _____

Por Quien? _____

Usa el hilo dental? _____

Esta su niño recibiendo:

Fluoruro en las vitaminas _____

Pastillas/Gotas Fluoruro _____

Agua con Fluoruro _____

Agua de Botella _____

Agua Purificada _____

PERSONA RESPONSABLE

Nombre Completo: _____

Parentesco con el paciente: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Zip: _____

SS#: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Teléfono (casa) _____ Trabajo/Celular#: _____

Empleador: _____

Ocupación: _____

INFORMACION DE SEGURO PRIMARIO:

Nombre del Asegurado: _____

Numero de Social del Asegurado: _____

Fecha de Nacimiento del Asegurado: _____

Nombre del Seguro: _____

Numero de Teléfono de Seguro: _____

INFORMACION DE SEGURO SECUNDARIO:

Nombre del Asegurado: _____

Numero de Social del Asegurado: _____

Fecha de Nacimiento del Asegurado: _____

Nombre del Seguro: _____

Numero de Teléfono de Seguro: _____

Healthy Smiles

215 Bowman Rd
Little Rock, AR 72211

Yo he recibido y/o revisado una copia de
Healthy Smiles
Noticia de práctica de privacidad

USTED PUEDE REUSARSE A FIRMAR ESTE FOLLETO DE PRIVACIDAD

Nombre: _____

Firma del solicitante: _____

Fecha: _____

Yo autorizo a las siguientes personas como mis representantes / personas de confianza:

PARA USO OFICIAL DE LA OFICINA SOLAMENTE

Nosotros quisimos obtener por escrito el recibo de nuestra Política de Privacidad,
Pero no pudo ser obtenido porque:

- La persona no quiso firmar
- Las barreras de comunicación prohíben obtener el conocimiento
- Una situación de emergencia nos bloquea para obtener el conocimiento
- Otro (Específica aquí): _____

Firma del miembro de la oficina

Fecha

