



Fecha: \_\_\_\_\_

## INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre: \_\_\_\_\_

Apellido: \_\_\_\_\_

Prefiero que me llamen: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Género: \_\_\_\_\_ ¿El paciente es menor de edad?: Si

Estado Civil: Casado(a)  Unión Libre  Divorciado(a)

Soltero(a)  Viudo(a)

¿El paciente es estudiante? Tiempo Completo  Medio Tiempo

Empleador: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Puesto: \_\_\_\_\_

Domicilio de Empleador: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Nombre de esposo(a): \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

¿Cómo se entero de nosotros?: \_\_\_\_\_

## SEGURO DENTAL

Persona responsable del seguro: \_\_\_\_\_

Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

Nombre de la aseguranza: \_\_\_\_\_

Número de grupo: \_\_\_\_\_

ID del suscriptor/NSS: \_\_\_\_\_

¿Esta cubierto por aseguranza adicional? Si  No

Nombre del suscriptor: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

Nombre de la aseguranza: \_\_\_\_\_

Número de grupo: \_\_\_\_\_

ID del suscriptor/NSS: \_\_\_\_\_

**ASIGNACIÓN Y LIBERACIÓN.** Certifico que yo y/o mis dependientes tenemos cobertura de aseguranza con \_\_\_\_\_ y asigno a Troutdale Dental todos los beneficios del seguro, si los hubiera, de otra manera pagado a mí por servicios prestados. Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos, pagados o no, por la aseguranza. Autorizo el uso de mi firma en todas las prestaciones del seguro. La oficina dental mencionada anteriormente puede usar mi información médica y puede revelar dicha información con las aseguranzas nombradas en esta forma y sus agentes con el propósito de obtener pagos por servicios prestados. Este consentimiento terminará cuando finalice mi tratamiento o un año después de firmar este documento.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente, padre, tutor o representante legal

\_\_\_\_\_  
Nombre completo del paciente, padre, tutor o representante legal

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Relación con el paciente

## INFORMACIÓN DE CONTACTO \*INFORMACIÓN REQUERIDA\*

\*Número Celular (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ ¿Podemos mandarle mensajes de texto para recordatorios y confirmar citas? Si  No

\*Correo Electrónico: \_\_\_\_\_ Se usará para recordatorios / confirmaciones de citas. No se usará para correo no deseado o entregado a nadie más.

Número de Casa (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Número de Trabajo (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Hora y lugar para contactarlo: \_\_\_\_\_

Contacto de Emergencia: Nombre \_\_\_\_\_ Relación con el paciente \_\_\_\_\_ Teléfono (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

## HISTORIAL DENTAL

Razón de su visita: \_\_\_\_\_

Fecha de última visita dental: \_\_\_\_\_

Fecha de últimas radiografías dentales: \_\_\_\_\_

¿Le sangran las encías? Si  No

¿Usa alguna forma de tabaco?

¿Tiene la boca seca?

¿Se acumula comida entre sus dientes?

¿Rechina los dientes?

¿Tiene dientes flojos o relleno en sus dientes?

¿Sufre de dolor mandibular?

## EVALUACIÓN DE SU SONRISA

¿Le gustaría sus dientes más rectos? Si  No

¿Le gustaría sus dientes más blancos?

¿Ha notado desgaste o astillado en sus dientes?

Si pudiera cambiar algo sobre sus dientes, ¿Qué sería?  
\_\_\_\_\_

## SALUD DEL SUEÑO

¿Usted ronca? Si  No

¿Se despierta cansado?

¿Se despierta en las mañanas con dolores de cabeza?

¿Se le dificulta mantenerse despierto durante el día?

## HISTORIAL MÉDICO

Si	No		Si	No		Si	No	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	AIDS/HIV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Herpes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Válvulas Cardiacas Artificiales
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Presión Sanguínea Alta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Articulaciones Artificiales
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ansiedad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ictericia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sangrado Anormal Después De La Cirugía
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Artritis, Reumatismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad Del Riñón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lesiones Congénitas Del Corazón
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad Del Hígado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Soplo Cardíaco
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas De Espalda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Presión Sanguínea Baja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Prolapso De La Válvula Mitral
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad De La Sangre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas Del Sistema Nervioso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Marcapasos
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cancer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cuidado Psiquiátrico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fiebre Reumática
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dependencia Química	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tratamiento De Radiación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fiebre Escarlata
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Quimioterapia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad Respiratoria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ataque Al Corazón
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas De La Circulación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Falta De Aliento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Premedicación necesaria para visitas dentales?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tratamiento De Cortisona	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas Sinusales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Está embarazada?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Glándulas De Cuello Hinchadas	Otros problemas del corazón: _____		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfisema	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas De La Tiroides	_____		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Epilepsia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Amigdalitis	Otras condiciones medicas: _____		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mareos o Desmayos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tuberculosis	_____		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Glaucoma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tumor / Crecimientos En La Cabeza	_____		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolores De Cabeza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Úlceras	_____		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hepatitis Tipo _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		_____		

## MEDICAMENTOS

Enliste todos los medicamentos que toma actualmente:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Médico de cabecera: \_\_\_\_\_

Domicilio del médico: \_\_\_\_\_

Teléfono del médico: \_\_\_\_\_

## ALERGIAS

	Si	No
Penicilina u Otros Antibióticos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aspirinas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Codeina u otros narcóticos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Yodo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Latex	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anestesia Local	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Drogas Sulfa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reacción a metales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otro / Detalles: _____		

El firmante autoriza a los doctores y al personal de Troutdale Dental para realizar exámenes dentales, tomar radiografías, modelos de estudio, fotografías y/o cualquier otra ayuda apropiada para hacer un diagnóstico concienzudo de acuerdo a las necesidades del paciente. También autoriza a los doctores en Troutdale Dental de realizar cualquier y todos los tipos de tratamiento, medicación y terapia indicados. El firmante autoriza el uso de anestésicos y entiende que su uso involucra ciertos riesgos.

## CERTIFICO QUE TODA LA INFORMACIÓN PROVISTA ES COMPLETA Y PRECISA

Firma del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Doctor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_