



Fidel Abreu DDS, PLLC

Bienvenido a nuestra oficina! Para ayudarnos a servirle, por favor complete el siguiente formulario confidencial

Nombre del Paciente: _____ Nombre de Preferencia: _____
Fecha de Nacimiento: ____/____/_____
Menor de edad, nombre del Padre/Madre/ Encargado/a: _____ # Telefono de Casa: _____
Telefono Celular: _____ S.S #: _____ - _____ - _____
Direccion de Casa: _____ Ciudad: _____ Estado: _____Codigo
Postal: _____
Correo Electronico: _____ Contacto de Emergencia: _____
de Telefono: _____
Empleador: _____ Ocupacion: _____ # de Trabajo: _____
¿La razon de su visita? ☐ Examen y radiografia ☐ Limpieza ☐ Otro _____
Nombre de familiares que vienen a esta oficina: _____
¿A quién podemos agradecer por referirlo a nuestra oficina? _____

INFORMACION DE SU SEGURO DENTAL

COMPANIA DEL SEGURO DENTAL: _____ #GRUPO: _____
S.S #: _____ - _____ - _____ PRIMARIO DEL SEGURO: _____ FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/_____
DE IDENTIFICACION DEL PRIMARIO: _____

SEGURO DENTAL SECUNDARIO

COMPANIA DE SEGURO SECUNDARIA: _____ # GRUPO: _____
S.S #: _____ - _____ - _____ PRIMARIO DEL SEGURO: _____ FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/_____
DE IDENTIFICACION DEL PRIMARIO: _____

HISTORIAL DENTAL

ULTIMA VISITA DE CUIDADO PREVENTIVO: _____ ULTIMA LIMPIEZA: _____ ULTIMAS
RADIOGRAFIAS: _____
¿QUÉ SE HIZO EN SU ÚLTIMA VISITA DENTAL? _____

VERIFIQUE SI NO HAY PROBLEMAS CON LOS SIGUIENTES:

- | | | |
|---|--|--|
| ☐ Sonrisa | ☐ Chasquido o apertura de Mandibula | ☐ Sensibilidad a lo dulce |
| ☐ Mal Aliento | ☐ Dientes sueltos o rellenos rotos | ☐ Sensibilidad a lo caliente o frio |
| ☐ Sangrado de Encias | ☐ Acomulacion de comida entre dientes | ☐ Sensibilidad al morder o masticar |
| ☐ Periodontal/Encias | ☐ Rechinamiento de Dientes | ☐ Llagas o crecimiento en la boca |

HISTORIAL DE SALUD MEDICA

¿Tiene o ha tenido alguno de los siguientes?
(Por favor, marque cualquiera que aplique)

- Cáncer o tumor
- Enfermedad cardíaca o angina
- Soplo cardíaco, prolapso de la válvula mitral, defecto del corazón
- Fiebre reumática o cardiopatía reumática
- Articulación articular o válvula
- Presión arterial alta o baja
- Marcapasos
- Tuberculosis u otros problemas pulmonares
- Enfermedad renal
- Hepatitis u otra enfermedad hepática
- Alcoholismo
- Transfusión de sangre
- Diabetes
- Estado neurológico
- Epilepsia, convulsiones o desmayos
- Condición emocional
- Artrosis
- Herpes o herpes labial
- SIDA o VIH positivo
- Dolores de cabeza de migraña o dolores de cabeza frecuentes
- Anemia o trastornos de la sangre
- Hemorragia anormal después de extracciones, cirugía o trauma
- Problemas de hígado o sinusitis
- Alergias o urticaria
- Asma

- Materiales de látex
 - Penicilina u otros antibióticos
 - Anestésicos locales ("Novocain")
 - Codeína u otros narcóticos
 - Medicamentos Sulfa
 - Barbitúricos, sedantes o pastillas para dormir
 - La aspirina
 - Otro:
-

- ¿Está tomando alguna de las siguientes opciones?
- Aspirina
 - Anticoagulantes (anticoagulantes)
 - Antibióticos o fármacos sulfa
 - La presión arterial alta medicina
 - Antidepresivos o tranquilizantes
 - Insulina, orinase u otro fármaco para la diabetes
 - Nitroglicerina
 - Cortisona u otros esteroides
 - Osteoporosis (densidad ósea) de la medicina
 - Otro:
-

¿Fuma o usa tabaco de mascar? ☐ Si ☐ no

¿Es usted alérgico a, o ha reaccionado adversamente a cualquiera de los siguientes?

Mujer:

Esta embarazada? ☐ Si ☐ no

Fecha de parto estimado: _____

Toma hormonas o anticonceptivos? ☐ Si ☐ no

Autorización

Entiendo que la información anterior es necesaria para proporcionarme atención dental de manera segura y eficiente. He contestado a todas las preguntas a mi leal saber y entender. Si se necesita más información, usted tiene mi permiso para pedir a la agencia del proveedor de atención médica respectiva, que puede divulgar dicha información a usted. Si tengo algún cambio en mi estado de salud o si mis medicamentos cambian, informaré al dentista y al personal en mi próxima cita.

Autorizo a mi compañía de seguros a pagar al dentista todos los beneficios de seguro que de otro modo se pagarían a mí por los servicios prestados. Autorizo el uso de mi firma en todas las presentaciones de seguros.

También estoy al tanto y me explicaron que la mayoría de las compañías de seguros no cubren los rellenos en blanco, y si así lo deseo, seré responsable de un cargo adicional por cada diente. Autorizo al dentista a revelar toda la información necesaria para asegurar el pago de los beneficios.

Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos, pagados o no por mi seguro

* Firma del paciente (o padre) _____ Fecha _____

Los pagos son debidos en su totalidad en el momento del tratamiento a menos que se hayan hecho arreglos previos.

Para citas perdidas y canceladas - Si no puede mantener una cita programada, por favor notifique con 24 horas de anticipacion para asegurar de que no se le cobrará por la cita. Si se notifica menos de 24 horas y no podemos llenar su horario, usted sera responsable de nuestro cobro de \$50.