HISTORIA DENTAL Y REGISTRO

1 INFORMACION DEL PACIENTE

Fecha

seguro social

Nombre _____

apellido

_____ _____

primer nombre segundo

Direccion

Ciudad

Estado Codigo Postal

Sexo ___M ____F Edad_____

Fecha de nacimiento_____

Estado Civil

Nombre de empleador/escuela

Ocupacion

Direccion de empleo/escuela

Numero telefonico de empleo/escuela

( )

Nombre del conyuge

Fecha de nacimiento

seguro social

Empleador

Quien lo refirio a nuestra oficina?

2 INFORMACION DE ASEGURANZA

Quien es responsible por la cuenta

Relacion familiar con el paciente

nombre de aseguranza

de grupo

Tiene el paciente otro tipo de aseguranza adicional

Nombre

Fecha de nacimiento

de seguro social

relacion familiar con el paciente

nombre de aseguranza

de grupo

PERMISO

Yo certifico que , yo y mis dependientes tenemos covertura con _____y asigno directamente al Dr._____con mis beneficios.De lo contrario me hago responsible por mi cuenta financiera que no pague mi aseguranza

firma del paciente o representante

Fecha_____ Relacion familiar_____

Requerimos que nuestros pacientes avisen si es necesario posponer o cancelar su cita con 48 horas de anticipacion, de lo contrario Habra una cuota de $50.00 por no haber avisado

3 NUMEROS TELEFONICOS

Casa ( ) _____ Trabajo ( )_____ _____Ext_____ Celular ( ) _____

Trabajo del conyuge( ) _____ Mejor hora para comunicarse con usted_____

En caso de emergencia con quien podemos hablar

Nombre_____ Relacion familiar_____

Numero telefonico( )_____ Numero de empleo( )_____

4 HISTORIA DENTAL

Razon de su visita_____

_____

Dentista anterior_____

Ciudad/Estado_____

Fecha de la ultima visita al dentista_____

Fecha de las ultimas radiografias_____

Marque "si" o "no" para indicar lo siguiente

Mal aliento ____Si ____No

Sagran las encias ____Si ____No

Ampollas en los labios o boca ____Si ____No

Sensibilidad a ____frio ____caliente ____dulces

Sensibilidad al masticar ____Si ____No

Sensacion caliente en la lengua ____Si ____No

Fuma cigarros o pipa ____Si ____No

boca seca ____Si ____No Muerde sus unas ____Si ____No

Encias inflamadas ____Si ____No

Rechina los dientes ____Si ____No Dientes flojos ____Si ____No

rellenos rotos ____Si ____No Dolor al cepillarse ____Si ____No

tratamiento de ortodoncia ____Si ____No

Dolor en los oidos ____Si ____No

Cada cuando se cepilla los dientes?_____

Cada cuando usa el hilo dental? _____