



# Bienvenido

## Información del Paciente

PACIENTE Nombre \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_  
Apellido Nombre Inicial

Referido Por: \_\_\_\_\_

Si el paciente es menor, Nombre de padre /guardian \_\_\_\_\_

Sexo: M  F  Estado Civil:  Soltero  Casado  Viudo  Divorciado  
Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Zona Postal \_\_\_\_\_

Numero Seguro Social: \_\_\_\_\_ # De Licencia de Manejo \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Empleo \_\_\_\_\_ Ocupación \_\_\_\_\_ # Teléfono Trabajo \_\_\_\_\_  
Dirección Empleo: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Zona Postal \_\_\_\_\_

Quien debe ser notificado en caso de emergencia: \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Nombre de familiar mas cercano que no viva con ud. \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Razón de esta visita \_\_\_\_\_

Esposo(a) Nombre \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_  
Apellido Nombre Inicial

Empleo \_\_\_\_\_ Ocupación \_\_\_\_\_ # Teléfono \_\_\_\_\_  
Dirección Empleo: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Zona Postal \_\_\_\_\_

Número Seguro Social: \_\_\_\_\_ # De Licencia de Manejo \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

### Información de Aseguranza

Tiene usted Aseguranza Dental? Si  No  Si es así, completar lo siguiente:  
Nombre del Asegurado: \_\_\_\_\_ # de Seguro Social \_\_\_\_\_ Parentesco con el Paciente \_\_\_\_\_  
Nombre de Aseguranza \_\_\_\_\_ Numero de Grupo \_\_\_\_\_

Esta el paciente cubierto bajo otra Aseguranza Si  No  Si es así, completar lo siguiente:  
Nombre del Asegurado: \_\_\_\_\_ # de Seguro Social \_\_\_\_\_ Parentesco con el Paciente \_\_\_\_\_  
Nombre de Aseguranza \_\_\_\_\_ Numero de Grupo \_\_\_\_\_

### TERMINOS Y CONDICIONES

Yo estoy conciente que al firmar certifico que toda la información es completa y correcta. Como condición a cualquier tratamiento hecho en Hamlin Dental, yo entiendo que cualquier arreglo financiero debe ser hecho con anticipación. Cualquier emergencia o servicio dental hecho en Hamlin Dental debe ser pagado el día en que el tratamiento ha sido terminado. Yo entiendo que soy responsable por el pago de cualquier tratamiento que se me ha realizado, y si tengo aseguranza entiendo que Hamlin Dental llenará los formatos necesarios que deben ser enviados a mi aseguranza para colectar el pago por el trabajo que se me ha realizado y acreditado en mi cuenta. Yo entiendo también que en el caso de que esta oficina o mi persona realice cualquier procedimiento legal con respecto al balance que tengo pendiente por los servicios dentales que se me han realizado, Hamlin Dental deberá tener derecho a recuperar el costo del trabajo incluyendo costos del abogado en caso que hubiera.

Yo otorgo mi permiso a Hamlin Dental para llamarme y discutir preguntas, en caso de que hubiera, relacionados a mis servicios dentales

Yo he leído las condiciones mencionadas y estoy de acuerdo en el contenido.

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

# QUESTIONARIO DE SALUD

Las siguientes preguntas son para mi beneficio y para asegurar que mi estado de salud pasado y actual seran tomados en consideración. Algunas preguntas pueden no parecer relacionadas a su condición dental, pero todas son asociadas para un cuidado dental apropiado. Por favor conteste cada pregunta. Circule SI o NO donde sea aplicable

## HISTORIA MEDICA

1. ¿Tiene usted algún problema dental en este momento?.....SI NO
2. ¿Esta usted bajo cuidado medico? SI NO; Nombre del Doctor \_\_\_\_\_  
Si la respuesta es "SI," que enfermedad se esta curando?\_\_\_\_\_ Telefono\_\_\_\_\_
3. Ha tenido alguna enfermedad seria, operación o ha estado hospitalizado?.....SI NO  
Si la respuesta fue "SI," cual fue el problema?\_\_\_\_\_
4. Esta tomando alguna medicina? SI NO; u otro tipo de drogas (cocaína, marihuana, etc.)?.....SI NO  
Si asi es, cual?\_\_\_\_\_ Que dosis?\_\_\_\_\_
5. Ha sido alguna vez pre-medicado con antibioticos por su tratamiento dental?.....SI NO
6. Es Ud. sensible o alergico a alguna droga o medicina?.....SI NO  
Penicilina\_\_\_\_ Codeína\_\_\_\_ Sulfa\_\_\_\_ Aspirina\_\_\_\_ Latex\_\_\_\_ Tetracyclina\_\_\_\_ Otro\_\_\_\_  
Si es otro, explique que droga o medicina\_\_\_\_\_
7. Alguna vez ha sangrado excesivamente y requerido tratamiento especial?.....SI NO
8. Tiene o alguna vez ha tenido alguna de las siguientes enfermedades: **Favor de marcar:**

|                        | S                        | N                        |                         | S                        | N                        |                       | S                        | N                        |
|------------------------|--------------------------|--------------------------|-------------------------|--------------------------|--------------------------|-----------------------|--------------------------|--------------------------|
| Lesión Cardíaca        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Tuberculosis            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ataques de Epilepsia  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ataque de Corazón      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Problemas de Hígado     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Sangramiento Excesivo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Cirugía de Corazón     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Problemas de Riñón      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Leucemia              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Soplo de Corazón       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Problemas Respiratorios | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Anemia                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Anginas                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Enfisema                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Úlcera Estomacal      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Alta Presión Sanguínea | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Asma                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Glaucoma              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Baja Presión Sanguínea | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Alergias o Ronchas      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Enfermedad Venérea    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Fiebre Reumática       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Transfusión de Sangre   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | HIV Positivo          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Protésis Artificial    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Trat. Siquiátrico       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | SIDA                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Coyuntura Prostética   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Desorden Mental         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Herpes                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Diabetes               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Parálisis Cerebral      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Reumatismo            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hepatitis A B C        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ataques o desmayos      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Tumores               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

9. Tiene algún problema o enfermedad que no se haya mencionado?.....SI NO  
Si es asi, por favor explique\_\_\_\_\_
10. Ha Ud. tomado alguna vez FEN-PHEN o REDUX; o estado bajo alguna dieta especial?.....SI NO
11. Se le hinchan los tobillos durante el día?.....SI NO
12. Usa Ud. mas de dos almohadas para dormir?.....SI NO
13. Siente que le falta el aire despues de hacer ejercicio?.....SI NO
14. Ha Ud. perdido o aumentado mas de 10 libras en los últimos seis meses?.....SI NO
15. (Mujer) Esta embarazada? SI NO; Si es asi, de cuantos meses?\_\_\_\_\_
16. (Mujer) Esta tomando anticonceptivos orales?.....SI NO

## HISTORIAL DENTAL

1. Ha tenido alguna mala experiencia dental?.....SI NO
2. El tratamiento dental lo pone nervioso?.....SI NO
3. Cuando fue la última vez que le tomaron radiografías dentales?\_\_\_\_\_
4. Cuando fue la última vez que tuvo tratamiento dental y limpieza?\_\_\_\_\_
5. Le sangran sus encías?.....SI NO
6. **Se siente comfortable con la apariencia de sus dientes y de su sonrisa?**.....SI NO
7. **Si Ud. pudiera cambiar algo de su sonrisa, que cambiaria?**\_\_\_\_\_

Yo estoy conciente que al firmar este documento certifico que toda la información es completa y correcta. Si ocurriera algun cambio en mi salud o si alguna de mis medicinas fuese cambiada, yo notificaria del cambio al doctor en mi proxima cita.

|                                      |                   |
|--------------------------------------|-------------------|
| Firma_____ Fecha_____                | Revisado por_____ |
| Año 2: Algun cambio en su salud_____ |                   |
| Firma_____ Fecha_____                | Revisado por_____ |
| Año 3: Algun cambio en su salud_____ |                   |
| Firma_____ Fecha_____                | Revisado por_____ |

**Su Historial Medico debe ser actualizado cada 6 meses**