

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN

POR FAVOR IMPRIMIR

NOMBRE DEL PACIENTE _____ SEXO _____ FECHA DEL NACIMIENTO. _____
Last First M. Initial mm - dd - yy

DIRECCION DE CASA _____ CIUDAD _____ CÓDIGO POSTAL _____

DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO _____ CELULAR DEL PACIENTE # _____

EN CASO DE MENOR, EL NOMBRE DEL PADRE/MADRE _____ DIRECCION DE CASA _____

Celular del Padre # _____ Trabajo # _____ Mejor Contacto # _____

MADRE NOMBRE _____ DIRECCION DE CASA _____

Celular de la Madre # _____ Trabajo # _____ Mejor Contacto # _____

TODAS LOS ESPACIOS EN BLANCO DEBEN SER COMPLETADOS:

PERSONA FINANCIERAMENTE RESPONSABLE _____ RELACIÓN CON EL PACIENTE _____

S.S.# _____ OCUPACIONES _____ EMPLEADOR _____

DIRECCIÓN COMERCIAL _____ TELÉFONO DE NEGOCIOS # _____

SEGURO DENTAL PRIMARIO _____ NOMBRE DEL ASEGURADO _____

S.S. # DEL ASEGURADO _____ FECHA DE NACIMIENTO. _____

NÚMERO DE PÓLIZA _____ GRUPO # _____

NOMBRE DEL MEDICO _____ TELÉFONO # _____

NOMBRE DEL DENTISTA FAMILIAR _____ DIRECCION _____ TELÉFONO # _____

Marque con un circulo "Si" o "No":

- | | | | | | |
|----|----|---|----|----|--|
| si | no | FIEBRE REUMÁTICA | si | no | ¿Estás embarazada? |
| si | no | ANEMIA | si | no | ALÉRGICO A LA PENICILINA |
| si | no | PERDIDA DE SANGRE ANORMAL | si | no | ALÉRGICO A OTROS ANTIBIÓTICOS (especificar) _____ |
| si | no | HEPATITIS: A, B, C, D, E, F, G | si | no | ALÉRGICO A LA ANESTESIA LOCAL |
| si | no | ASMA | si | no | ALÉRGICO AL PLÁSTICO O LÁTEX |
| si | no | TRASTORNOS DEL SISTEMA INMUNITARIO (incluidos SIDA, VIH, ARC) | si | no | ALÉRGICO A (En caso afirmativo, especifique) _____ |
| si | no | PROBLEMAS DE TIROIDES | si | no | TOS PROLONGADA (3-4 SEMANAS) |
| si | no | DESMAYOS | si | no | PÉRDIDA DE PESO SIN EXPLICACION |
| si | no | ¿LAS ENCIAS SANGRAN MIENTRAS CEPILLAN? | si | no | SUDORES NOCTURNOS |
| si | no | ¿LAS ENCIAS SANGRAN AL USAR HILO DENTAL? | si | no | TUBERCULOSIS ACTIVA |
| si | no | CUALQUIER LESIÓN, CUELLO, CABEZA O MANDIBULA? | si | no | HACIENDO CLICK EN TU MANDIBULA |
| si | no | ¿DOLORES DE CABEZA FRECUENTES? | si | no | DOLOR (articulación, oreja, lado de la cara)? |
| si | no | ¿MOLER DIENTES AL DORMIR O ESTAR DESPIERTO? | si | no | ¿DIFICULTAD PARA ABRIR O CERRAR? |
| si | no | ¿ALGUNA ARTICULACIÓN ARTIFICIAL, IMPLANTE, VÁLVULA, ETC? (En caso afirmativo, especifique: _____) | si | no | ¿DIFICULTAD PARA MASTICAR? |
| si | no | CORAZON (CIRUGIA, ENFERMEDAD, ATAQUE, ETC..) | si | no | ¿CUALQUIER TRATAMIENTO PARA SUS ARTICULACIONES DE MANDIBULA? |
| si | no | SOPLO CARDÍACO | si | no | ¿ALGUNA HISTORIA DE HERPES LABIAL? |
| | | En caso afirmativo, explicar: _____ | si | no | TRASTORNO NERVIOSO |
| | | ¿Necesita premedicación antes de procedimientos dentales? | | | |

¿Toma alguna medicina o terapia? _____ En caso afirmativo, indique y especifique el propósito de la medicina o terapia _____

¿Otras condiciones físicas, enfermedades o adicciones? Por favor enumere y explique: _____

Referido por: _____ Razón de la visita: _____

¿Ha tenido algún tratamiento de ortodoncia previamente?__ En caso afirmativo, explique por favor: _____

¿Cuándo fue su última limpieza dental? _____

¿Cuándo se tomó la última radiografía completa de su boca y dónde? _____

¿Con qué frecuencia te cepillas cada día? _____ ¿Usa hilo dental todos los días? _____

¿Usted o algún miembro de su familia ha sido visto en nuestra oficina antes? _____

En caso afirmativo, indique los nombres: _____

¿Hay alguna otra información que el medico deba saber? _____

Doy fe de que la información anterior es correcta según mi leal saber y entender.

FIRMA DEL PACIENTE O PADRE/MADRE SI ES MENOR _____ FECHA _____

FIRMA DEL DOCTOR _____ Relación con el paciente _____ FECHA _____