

BRISTOL FAMILY DENTAL CENTER

**RUBEN H. BEGINO, D.D.S.
GENERAL DENTISTRY**

Bienvenidos

Gracias por su selección de nuestro grupo dental. Haremos todo lo posible para proveer lo mejor en cuidado dental. Para ayudarnos a saber sus necesidades, conteste a las preguntas siguientes con pluma, por favor. Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda, por favor pregúntenos. Con gusto le ayudaremos.

Numero de Celular _____

Numero de Seguro Social _____

Fecha _____

Información Sobre el Paciente (CONFIDENCIAL)

Nombre _____ Fecha de Nacimiento _____ Teléfono de Casa _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Menor Soltero Casado Divorciado Viudo Separado

Si es Estudiante, Nombre de la Escuela/Universidad _____ Ciudad _____ Estado _____ Tiempo Parcial Tiempo Completo

Nombre del Empleador (del Paciente o Padre) _____ Teléfono del Trabajo _____

Dirección del Trabajo _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Nombre del Padre o Esposo _____ Empleador _____ Teléfono del Trabajo _____

¿A quién le podemos agradecer la referencia? _____

¿En caso de emergencia, a quién le podemos notificar? _____ Teléfono _____

Persona Responsable (Si Aplica)

Nombre de la Persona Responsable de Esta Cuenta _____ Parentesco al Paciente _____

Dirección _____ Teléfono de Casa _____

Número de Licencia de Manejar _____ Fecha de Nacimiento _____ Nombre de Banco _____

Nombre del Empleador _____ Teléfono del Trabajo _____ Número de Seguro Social _____

¿Es la persona responsable un paciente en nuestra oficina ahora? Si No

Para su conveniencia ofrecemos los siguientes métodos de pago. Por favor de marcar lo que Ud. prefiera. Necesitamos su pago en total al tiempo de servicio.

Pago al contado Cheque Carta de crédito VISA MasterCard Quiero discutir los arreglos financieros de esta oficina.

Información Sobre el Seguro

Nombre del Asegurado _____ Parentesco al Paciente _____

Fecha de Nacimiento _____ Número de Seguro Social _____ Fecha en Que Fue Empleado _____

Nombre del Empleador _____ Sindicato (Si Aplica) _____ Teléfono del Trabajo _____

Dirección del Trabajo _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Nombre de la Aseguración _____ Número del Grupo _____ Número de Póliza _____

Dirección de la Aseguración _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

¿Cuánto es su deducible? _____ ¿Qué cantidad ha utilizado? _____ ¿Beneficio max. anual? _____

¿Tiene Ud. algún seguro adicional? Si No (conteste a las preguntas siguientes, por favor)

Nombre del Asegurado _____ Parentesco al Paciente _____

Fecha de Nacimiento _____ Número de Seguro Social _____ Fecha en Que Fue Empleado _____

Nombre del Empleador _____ Sindicato (Si Aplica) _____ Teléfono del Trabajo _____

Dirección del Trabajo _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Nombre de la Aseguración _____ Número del Grupo _____ Número de Póliza _____

Dirección de la Aseguración _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

¿Cuánto es su deducible? _____ ¿Qué cantidad ha utilizado? _____ ¿Beneficio max. anual? _____

Otro lado, por favor

Historia Médica del Paciente

Nombre del Médico _____ Teléfono de la Oficina _____ Fecha del Último Examen _____

1. ¿Está ahora bajo tratamiento médico? Sí No

2. ¿Durante los últimos 5 años, ha sido hospitalizado por una operación o enfermedad seria? Sí No
Si es así, explique por favor. _____

3. ¿Está tomando alguna droga o medicina (receta o no)?..... Sí No
Si es así, ¿qué está tomando? _____

4. ¿Has Ud. tomado Phen-Fen/Redux?..... Sí No

5. ¿Usa Ud. tabaco?..... Sí No

6. ¿Usa Ud. drogas ilícitas?..... Sí No

7. ¿Usa Ud. lentes de contacto?..... Sí No

8. ¿Tiene o ha tenido algunas de las condiciones siguientes?

Presión alta	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Enfermedad cardíaca	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Problemas del estómago/úlceras	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Ataque cardíaco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Marcapaso cardíaco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor del pecho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fiebre reumática	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Murmullos en el corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Falta de aliento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tobillos hinchados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Angina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ataque de parálisis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Desmayo/ataques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cansado con frecuencia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fiebre del heno/alergias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tuberculosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Presión baja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfisema	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Terapia de radiación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Epilepsia/convulsiones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cáncer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Glaucoma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leucemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Artritis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Reciente pérdida de peso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Reemplazo de articulación o implante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad de hígado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedad del riñón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hepatitis/Ictericia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas cardíacos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SIDA o infección por HIV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad venérea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas respiratorios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedad del tiroides	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				Prolapso de válvula mitral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
						Otro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9. ¿Es Ud. alérgico o ha tenido una reacción a estas sustancias?

Anestésico local (Novocaina)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Penicilina u otros antibióticos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sulfamidas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Barbitúricos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sedantes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Yodo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aspirina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Algunos metales (níquel, mercury)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Latex o productos de hule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otro (favor de enumerar)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10. ¿Para mujeres solamente:

¿Está embarazada o piensa que sí? Sí No

¿Está amamantando? Sí No

¿Está tomando píldoras anticonceptivas? Sí No

Historia Dental del Paciente

Nombre y Dirección del Último Dentista _____ Fecha del Último Examen _____

1. ¿Sangran las encías cuando se cepilla o usa hilo dental? Sí No

2. ¿Son sus dientes sensibles a líquidos o alimentos fríos o calientes? Sí No

3. ¿Son sus dientes sensibles a líquidos o alimentos dulces o ácidos? Sí No

4. ¿Siente dolor en algunos de los dientes? Sí No

5. ¿Tiene bultos o llagas acerca de la boca? Sí No

6. ¿Ha tenido heridas a la cabeza, el cuello o la quijada? Sí No

7. ¿Ha tenido algunos de los problemas siguientes con la quijada?

Ruidos en la quijada	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
----------------------	-----------------------------	-----------------------------

7.(Cont.)

Dolor (articulación, oreja, lado de la cara) Sí No

Dificultad en abrir o cerrar la boca Sí No

Dificultad al masticar Sí No

8. ¿Tiene dolores de cabeza con frecuencia? Sí No

9. ¿Apreta o muele los dientes? Sí No

10. ¿Muerde los labios o las mejillas con frecuencia? Sí No

11. ¿Ha tenido extracciones difíciles en el pasado? Sí No

12. ¿Ha sangrado prolongadamente después de una extracción? Sí No

13. ¿Ha tenido tratamiento por un ortodoncista? Sí No

14. ¿Tiene Ud. dentadura postiza o parciales? Sí No
Si es así, ¿cuál fue la fecha de colocación? _____

15. ¿Ha recibido instrucciones higiénicas sobre el cuidado de los dientes y las encías? Sí No

16. ¿Le gusta su sonrisa? Sí No

Autorización

Yo certifico que he leído y entendido la información de arriba a lo mejor de mi conocimiento. He contestado todas las preguntas exactamente. Yo entiendo que información inexacta puede ser peligroso para mi salud. Yo autorizo al dentista para proveer cualquier información (incluyendo diagnóstico y los archivos del examen o tratamiento para mí o mi niño durante el periodo de cual cuidado dental) a seguro contra tercera persona y/u otros profesionales de salud. Yo autorizo y le pido a la compañía de seguros a pagarle directamente al dentista o grupo dental los beneficios que hubieran sido pagados a mí. Yo entiendo que la compañía de seguros puede pagar menos del total. Yo estoy de acuerdo que soy responsable de pagar todos servicios prestados a favor de mí o mis dependientes.

X
Firma del Paciente (o Firma del Padre, si el Paciente es Menor)

Observaciones del Doctor	
Firma del Doctor	Fecha