

FORMULARIOS DEL PACIENTE DE ISLAND LAKE DENTAL

Información del paciente:

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento _____

N.º de Seguro Social (SSN): _____ Número de teléfono: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____

Código postal: _____

Correo electrónico: _____

Sexo: Hombre ____ Mujer ____ Otro ____

SI EL PACIENTE ES MENOR DE EDAD — MENOR DE 18 AÑOS

Nombre de la persona responsable de la cuenta: _____

Relación con el paciente: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Número de teléfono: _____ Correo electrónico: _____

SEGURO DENTAL:

Nombre del titular: _____ Fecha de nacimiento: _____

Compañía de seguros: _____

ID del titular/miembro: _____

N.º de Seguro Social del titular: _____

Empleador: _____

En caso de emergencia:

Nombre: _____

Número de teléfono: _____

Relación: _____

ANTECEDENTES MÉDICOS DEL PACIENTE

Está actualmente bajo tratamiento médico?

Ha sido hospitalizado por alguna operación quirúrgica o enfermedad grave durante los últimos 5 años?

Está tomando actualmente algún medicamento, incluidos medicamentos sin receta?

Usa tabaco?

Usa sustancias controladas?

Es alérgico(a) a alguno de los siguientes o ha tenido alguna reacción a ellos?

Anestésicos locales (p. ej., Novocaína) — Sí ____ No ____

Penicilina u otros antibióticos — Sí ____ No ____

Medicamentos sulfa — Sí ____ No ____

Barbitúricos — Sí ____ No ____

Sedantes — Sí ____ No ____

Yodo — Sí ____ No ____

Aspirina — Sí ____ No ____ Cualquier metal (p. ej., níquel, mercurio, etc.) — Sí ____ No ____

Látex — Sí ____ No ____

Otro: _____

SOLO MUJERES:

Está embarazada o cree que podría estar embarazada? _____

Está amamantando? _____

Está tomando anticonceptivos orales? _____

Marque con un círculo si tiene o ha tenido alguno de los siguientes:

Presión arterial alta Ataque cardíaco Fiebre reumática Tobillos hinchados

Desmayos/Convulsiones Asma Presión arterial baja Epilepsia/Convulsiones Leucemia

Diabetes Enfermedades renales SIDA o infección por VIH Problemas de tiroides

Enfermedad cardíaca Marcapasos cardíaco Soplo cardíaco Angina

Cansancio frecuente Anemia Enfisema Cáncer Artritis Reemplazo o implante articular

Hepatitis/Ictericia Enfermedad de transmisión sexual Problemas estomacales/Úlceras

Dolor de pecho Falta de aire con facilidad Derrame cerebral Fiebre del heno/Alergias

Tuberculosis Radioterapia Glaucoma Pérdida reciente de peso Enfermedad hepática

Problemas cardíacos Problemas respiratorios Prolapso de la válvula mitral

OTRO: _____

HISTORIAL DENTAL DEL PACIENTE : Marque Sí o No

1. Le sangran las encías al cepillarse o usar hilo dental? Sí No
2. Sus dientes son sensibles a líquidos/alimentos calientes o fríos? Sí No
3. Sus dientes son sensibles a líquidos/alimentos dulces o ácidos? Sí No
4. Siente dolor en alguno de sus dientes? Sí No
5. Tiene llagas o bultos dentro o cerca de la boca? Sí No
6. Ha tenido lesiones en la cabeza, cuello o mandíbula? Sí No
7. Ha experimentado alguno de los siguientes problemas en la mandíbula: chasquidos, dolor (articulación, oído, lado de la cara), dificultad para abrir o cerrar, dificultad para masticar? Sí No
8. Tiene dolores de cabeza frecuentes? Sí No
9. Aprieta o rechina los dientes? Sí No
10. Se muerde los labios o las mejillas con frecuencia? Sí No
11. Ha tenido extracciones difíciles en el pasado? Sí No
12. Tiene sangrado prolongado después de una extracción? Sí No
13. Ha recibido tratamiento de ortodoncia? Sí No
14. Usa dentaduras postizas o prótesis parciales? Sí No
15. Ha recibido instrucciones de higiene oral sobre el cuidado de sus dientes y encías? Sí No

Certifico que he leído y comprendo la información anterior según mi leal saber y entender. Las preguntas anteriores han sido respondidas con precisión. Entiendo que proporcionar información incorrecta puede ser peligroso para mi salud. Autorizó al dentista a divulgar cualquier información, incluido el diagnóstico y los registros de cualquier tratamiento o examen que se me haya realizado a mí o a mi hijo durante el período de atención dental, a terceros pagadores y/o profesionales de la salud. Autorizo y solicito a mi compañía de seguros que pague directamente al dentista o al grupo dental los beneficios del seguro que de otro modo serían pagaderos a mí. Entiendo que mi compañía de seguro dental puede pagar menos que la factura real por los servicios. Aceptó ser responsable del pago de todos los servicios prestados en mi nombre o en el de mis dependientes:

Firma del paciente (o padre/tutor si es menor de edad)

Fecha