

# Forma de Bienvenida del Paciente



## Información del Paciente

Adulto/Niño: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Inicial: \_\_\_\_\_

Sexo (Hombre/Mujer): \_\_\_\_\_ Correo Elect.: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Estado Civil (Soltero/Casado/Divorciado/Viudo): \_\_\_\_\_

# de Licencia de Manejo: \_\_\_\_\_ # de S.S.: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Apt./Condo #: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Tel. Casa: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_ Tel. Trabajo: \_\_\_\_\_

¿Cuándo y a qué hora es mejor llamarle? \_\_\_\_\_

## Fiador

*Si el paciente es menor de edad, ¿tiene custodia legal?* \_\_\_\_\_

Relación con el Paciente (Pareja/Padre/Tutor/Guardian Legal/Otro): \_\_\_\_\_

Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Inicial: \_\_\_\_\_

Sexo (Hombre/Mujer): \_\_\_\_\_ Correo Elect.: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Estado Civil (Soltero/Casado/Divorciado/Viudo): \_\_\_\_\_

# de Licencia de Manejo: \_\_\_\_\_ # de S.S.: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Apt./Condo #: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Tel. Casa: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_ Tel. Trabajo: \_\_\_\_\_

¿Cuándo y a qué hora es mejor llamarle? \_\_\_\_\_

## Contacto de Emergencia

*en caso de emergencia, favor de proveer la siguiente información:*

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Tel. Trabajo: \_\_\_\_\_ Tel. Casa/ Celular: \_\_\_\_\_

## ¿Como se enteró de nosotros?

Yellow Pages	Internet	Yelp
Familiar/Amigo	Volante/Correo	Facebook
Evento	Señal Publicitaria/Globo	Otro
Radio	Teléfono Celular	
Televisión	Mi Plan de Seguro	

## Metodo de Pago:

Seguranza	Tarjeta de Crédito
Plan Sonrisa	Tarjeta de Debito
Efectivo/Cheque	
Estoy interesado(a) en opciones de financiamiento	

## Historial Dental

¿Por que vio al dentista hoy?: \_\_\_\_\_

¿Sufre de dolor en este momento?(Sí/No): \_\_\_\_\_

¿Ha tenido problemas asociados con trabajos dentales anteriores? (Sí/No): \_\_\_\_\_

¿Le sangran las encias? (Sí/No): \_\_\_\_\_

¿Cuántas veces al día se cepilla los dientes?: \_\_\_\_\_

¿Cuántas veces al día usa hilo dental?: \_\_\_\_\_

## Historial Médico

Médico Personal: \_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_

Fecha de última visita: \_\_\_\_\_ Salud fisica actual (Buena/Regular/Pobre): \_\_\_\_\_

¿Esta actualmente bajo cuidado médico? (Sí/No): \_\_\_\_\_

Por favor explique: \_\_\_\_\_

¿Actualmente toma alguna medicina con o sin receta? (Sí/No): \_\_\_\_\_

Por favor haga una lista de cada una: \_\_\_\_\_

¿Fuma ó utiliza alguna forma de tabaco? (Sí/No): \_\_\_\_\_

## ¿Tiene o ha tenido uno de lo siguiente?

Por favor seleccione todos los que aplican:

Abuso de Alcohol o Drogas	Defecto Congénito del Corazon	Glaucoma	Problemas de Tiroide
Alta Presión	Derrame Cerebral	Hemofilia	Sangrado Anormal
Anemia	Desmayos	Hepatitis	Soplo en el Corazón
Anemia de Celulas	Diabetes	Herpes, ampollas de fiebre	Tratamiento de Radiación
Falciformes Artritis	Dificultad Respiratória	Hospitalizacio	Transfusión de Sangre
Asma	Dolores de Cabeza Frecuentes	Huesos artificiales	Tuberculosis (TB)
Ataque Cardiaco	Enfermedades del Higado	Lupos	Ulceras
Baja presion	Enfermedades Venéreas	Marcapasos	Valvulas Artificiales
Cáncer, Quimioterapia	Enfisema	Prolapsia de la Valvula Mitral	Varicelas Adultas
Cirugia del Corazón Colitis	Epilepsia	Problemas Psiquiátricos	VIH+, SIDA
Convulsiones	Fiebre del Heno	Problemas de los Riñones	
Coyunturas Artificiales	Fiebre Reumatica, Escarlata	Problemas de Sinusitis	

## ¿Es alergico a cualquiera de lo siguiente?

Por favor seleccione todos los que aplican:

Aspirina	Penicilina	Joyas, Metales
Codeína	Eritromicina	Tetraciclina
Anestésicos Dentales	Látex	

## Para Mujeres:

¿Estas tomando pastillas anticonceptivas? \_\_\_\_\_

¿Esta embarazada?(Sí/No): \_\_\_\_\_

# de semanas: \_\_\_\_\_

¿Esta lactando?(Sí/No): \_\_\_\_\_

## Convenio:

Reconozco esta información es correcta y se mantendrá en la más estricta confidencialidad. Autorizo a Jefferson Dental Clinics para contactarme sobre promociones y servicios de JDC. Autoriza a Jefferson Dental Clinics a llevar a cabo cualquier servicio dental que sea necesario durante el diagnóstico y tratamiento, con mi consentimiento. El pago debe hacerse en su totalidad al momento de recibir el tratamiento a menos se hayan hecho arreglos previos y estos hayan sido aprobados con anterioridad. Entiendo que soy responsable por el pago de los servicios recibidos así como por el pago de cualquier co-pago o materiales que mi seguro no cubra. Por este medio autorizo el pago directo a Jefferson Dental Clinics de los beneficios del grupo de seguros, de otro modo, me serían pagados. Autorizo la entrega de cualquier información, incluyendo el diagnóstico y los expedientes del tratamiento o examen previstos, a mi compañía de seguros. Por favor escriba su nombre y apellido completo con la fecha de hoy en la línea de abajo para representar su firma. También puede firmar los formularios una vez que llegue a la oficina para su cita.

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

## ***Uso Exclusivo de Oficina:***

He revisado verbalmente la información médica/dental con el paciente aquí nombrado.

Iniciales: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Comentarios del Doctor: \_\_\_\_\_

### HISTORIAL MEDICO ACTUALIZADO:

Comentario: \_\_\_\_\_

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

Comentario: \_\_\_\_\_

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