

FORMULARIO DE BIENVENIDA AL PACIENTE



Información del Paciente *Favor de completar todos los campos que correspondan.* Adulto Niño Fecha (MM/DD/AAAA): _____

Apellido: _____ Nombre: _____ Inicial: _____

Sexo: Hombre Mujer Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA): _____ Estado Civil: Soltero/a Casado/a Divorciado/a Viudo/a

Ocupación: _____ Licencia de conducir #: _____ Estado de la licencia de conducir: _____ Número de Seguro Social: _____

Dirección: _____ Número de apartamento/unidad: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Correo electrónico: _____ Teléfono móvil: _____ Teléfono alternativo: _____ Casa Trabajo

¿Cuál es su método de contacto preferido? *Marque todo lo que corresponda.* Correo electrónico Texto Llamada

Persona Responsable del Paciente *Favor de completar si corresponde/el paciente es un niño.*

Relación con el paciente: _____ Si el paciente es menor de edad, ¿tiene usted la custodia legal? Sí No

Apellido: _____ Nombre: _____ Inicial: _____

Sexo: Hombre Mujer Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA): _____ Estado Civil: Soltero/a Casado/a Divorciado/a Viudo/a

Ocupación: _____ Licencia de conducir #: _____ Estado de la licencia de conducir: _____ Número de Seguro Social: _____

Dirección: _____ Número de apartamento/unidad: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Correo electrónico: _____ Teléfono móvil: _____ Teléfono alternativo: _____ Casa Trabajo

¿Cuál es su método de contacto preferido? *Marque todo lo que corresponda.* Correo electrónico Texto Llamada

Contacto de Emergencia *Favor de completar si no es la Persona Responsable.*

Nombre: _____ Relación: _____

Teléfono móvil: _____ Teléfono alternativo: _____ Casa Trabajo

Historial Dental

¿Cuándo fue su última visita al dentista? Menos de 6 meses Hace 6 meses Hace 1 año Hace 1-5 años Hace más de 5 años

¿Cómo se siente hoy? Genial Bien No muy bien Terrible

¿Siente dolor actualmente? Sí No

¿Con qué frecuencia se cepilla los dientes o utiliza el hilo dental? Dos o más veces al día Una vez al día Varias veces a la semana Una vez a la semana

¿Le sangran las encías? Sí No

¿Le preocupa su aliento? Sí No

¿Ronca? Sí No

¿Se siente seguro de su sonrisa? Sí No

¿Ha pensado alguna vez en enderezar sus dientes? Sí No

¿Hay algo que le gustaría discutir con el médico hoy? Sí No

En caso afirmativo, explique: _____

FORMULARIO DE BIENVENIDA AL PACIENTE



Historial Médico

Nombre del médico de cabecera: _____ Teléfono del Médico: _____

¿Cuándo fue su última visita médica? Hace menos de 6 meses Hace 6 meses-1 año Hace 1-5 años Hace más de 5 años

Su salud actual es: Buena Regular Mala

¿Está usted actualmente bajo el cuidado de un médico? Sí No

En caso afirmativo, explique: _____

¿Toma algún medicamento con o sin receta? Sí No

En caso afirmativo, indique cada uno de ellos: _____

¿Fuma o consume tabaco de alguna forma? Sí No

¿Exige su médico que tenga una autorización médica o que se le prescriba algún medicamento antes de realizar un procedimiento dental? Sí No

¿Tiene o ha tenido alguna de las siguientes enfermedades? *Favor de marcar todo lo que corresponda.*

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Sangrado anormal | <input type="checkbox"/> Desmayos | <input type="checkbox"/> Lupus |
| <input type="checkbox"/> SIDA, VIH+ | <input type="checkbox"/> Dolores de Cabeza Frecuentes | <input type="checkbox"/> Prolapso de la Válvula Mitral |
| <input type="checkbox"/> Abuso de alcohol o drogas | <input type="checkbox"/> Glaucoma | <input type="checkbox"/> Marcapasos |
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Fiebre del heno | <input type="checkbox"/> Problemas psiquiátricos |
| <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Ataque al corazón | <input type="checkbox"/> Tratamiento con Radiación |
| <input type="checkbox"/> Huesos/coyunturas/válvulas artificiales | <input type="checkbox"/> Cirugía cardíaca | <input type="checkbox"/> Fiebre Reumática o Escarlata |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Soplo Cardíaco | <input type="checkbox"/> Convulsiones |
| <input type="checkbox"/> Transfusión de sangre | <input type="checkbox"/> Hemofilia | <input type="checkbox"/> Herpes Zóster |
| <input type="checkbox"/> Cáncer, quimioterapia | <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> Enfermedad de células falciformes |
| <input type="checkbox"/> Colitis | <input type="checkbox"/> Herpes, Ampollas de Fiebre | <input type="checkbox"/> Problemas de Sinusitis |
| <input type="checkbox"/> Defecto cardíaco congénito | <input type="checkbox"/> Presión Arterial Alta | <input type="checkbox"/> Infarto cerebral |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Problemas renales | <input type="checkbox"/> Problemas de Tiroides |
| <input type="checkbox"/> Dificultad para respirar | <input type="checkbox"/> Enfermedad del Hígado | <input type="checkbox"/> Tuberculosis |
| <input type="checkbox"/> Epilepsia | <input type="checkbox"/> Presión Arterial Baja | <input type="checkbox"/> Úlceras |

¿Tiene alguna alergia a los medicamentos?

Favor de marcar todos los que correspondan.

- | | |
|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Aspirina | <input type="checkbox"/> Látex |
| <input type="checkbox"/> Codeína | <input type="checkbox"/> Penicilina |
| <input type="checkbox"/> Anestésicos dentales | <input type="checkbox"/> Tetraciclina |
| <input type="checkbox"/> Eritromicina | <input type="checkbox"/> Otros: _____ |
| <input type="checkbox"/> Joyas | |

Para las mujeres:

¿Está tomando anticonceptivos hormonales? Sí No

¿Está embarazada? Sí No

En caso afirmativo, número de semanas: _____

¿Está amamantando? Sí No

FORMULARIO DE BIENVENIDA AL PACIENTE



¿Cómo supo de nosotros? *Favor de seleccionar una opción.*

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Radio | <input type="checkbox"/> Volante/Correo | <input type="checkbox"/> Mi plan de seguro |
| <input type="checkbox"/> TV | <input type="checkbox"/> Manejando/letrero | <input type="checkbox"/> Familia/Amigo |
| <input type="checkbox"/> Búsqueda en línea | <input type="checkbox"/> Evento | (Nombre: _____) |
| <input type="checkbox"/> Facebook/Instagram | <input type="checkbox"/> Dallas Mavericks | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |

Acuerdo *Favor de marcar todo lo que corresponda.*

- Reconozco que esta información es correcta y se mantendrá en la más estricta confidencialidad.
- Autorizo a Jefferson Dental & Orthodontics a realizar cualquier servicio dental necesario que pueda necesitar durante el diagnóstico y el tratamiento con mi consentimiento informado.
- El pago se debe realizar en su totalidad en el momento del tratamiento a menos que se hayan aprobado arreglos previos. Entiendo que soy responsable de pagar cualquier copago y deducibles que mi seguro no cubre, si es aplicable.
- Por la presente autorizo el pago directamente a Jefferson Dental & Orthodontics de los beneficios del seguro de grupo que de otro modo me correspondería pagar, si corresponde.
- Autorizo la divulgación de cualquier información, incluyendo el diagnóstico y los registros del tratamiento o examen realizado a mi compañía de seguros, si es aplicable.
- Autorizo a Jefferson Dental & Orthodontics a ponerse en contacto conmigo con respecto a promociones y servicios.

Firma: _____ Fecha: _____

Para Uso Exclusivo de la Oficina

Información del seguro *Favor de completar o tome un escaneo de la tarjeta de seguro del paciente.*

Nombre del proveedor: _____ Teléfono del proveedor: _____

ID del suscriptor: _____ Grupo #: _____

Nombre del titular de la póliza *(si no es el paciente)*: _____

Fecha de nacimiento del titular de la póliza *(si no es el paciente)*: _____

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

Iniciales: _____ Fecha: _____

Comentarios del médico: _____

Actualizaciones

Comentario: _____

Firma: _____ Fecha: _____

Comentario: _____

Firma: _____ Fecha: _____