¡ Bienvenido

Fecha: _____

INFORMACIÓN PARA EL PACIENTE

Nombre: _____ fecha de nacmiento: _____

Último nombre primer nombre inicial

Dirección:_____

NSS: _____ E-mail: _____

Telefono de casa_____ Telefono Celular:_____ Telefono de trabajo:_____

Sexo: M F Estado: menor de edad soltero casado viudo de socio de largo plazo eparados

Empleador: _____ Ocupacion: _____

Direccion de negocio:_____

¿Que debemos agradecer para referirse a o? _____

¿En caso de emergencia quien debemos contactar? _____

SEGURO PRIMARIO

Persona responsable de la cuenta: ___ relación al paciente: ___ teléfono de contacto: ___ FNN: ___ NSS: ___

Dirección: _____

Responsable empleado por: _____teléfono de la empresa _____

Direccion de negocio: _____

Insurance Company: _____

Subscriber ID: _____ Group ID: _____

Seguro adicional

Sí No

Nombre del asegurado: _____ relación al paciente: _____

Contact Phone: _____ DOB: _____ SSN: _____

Insurance Company: _____

Subscriber ID: _____ Group ID: _____

INFORMACIÓN MÉDICA

Médico de atención primaria: _____

Grupo médico: _____ teléfono de contacto _____

HISTORIA DENTAL

Dentista anterior: _____ Fecha de la última radiografía: _____

Ciudad, estado: _____ Fecha de última visita dental: _____

¿Con qué frecuencia se cepilla los dientes? _____ ¿Cuánto hilo dental? _____

POR FAVOR, CIRCULE LAS QUE APLIQUEN:

Mal aliento... Los dientes flojos o roto relleno... Sensibles a los dulces... Labio o mejilla morder...

Sangrado de las encías… Sensibles al morder... Sensible al calor... Sensible al frío...

Rechinar de dientes... Dolor de diente…. Ampollas en los labios/boca...

Mordiendo uñas de los dedos... Dolor alrededor de la oreja... Frecuentes dolores de cabeza

Tratamiento periodontal... Tratamiento de ortodoncia... Mandíbula, la cabeza o lesiones en el cuello….

Dificultad de mandíbula: dolor o haciendo clic... ***¿Ha tenido problemas con el tratamiento previo? Sí No***

(Si sí, explique) _____