



**CHEQUEAR UNO:**  
Seguro Privado: \_\_\_\_\_  
HMO: \_\_\_\_\_  
Medicaid: \_\_\_\_\_  
No Seguro: \_\_\_\_\_  
Otro: \_\_\_\_\_

**INFORMACION DEL PACIENTE:**

Fecha: \_\_\_\_\_  
Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Apodo: \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ SS # \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_  
Teléfono casa: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_ Trabajo: \_\_\_\_\_ Otro: \_\_\_\_\_  
Correo electrónico: \_\_\_\_\_

**PERSONA RESPONSABLE POR LA CUENTA:**

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación con el paciente: \_\_\_\_\_ S.S. #: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Teléfono casa: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_ Trabajo: \_\_\_\_\_  
Empleador: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_

**SEGUNDA PERSONA RESPONSABLE POR LA CUENTA:**

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación con el paciente: \_\_\_\_\_ S.S. #: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Teléfono casa: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_ Trabajo: \_\_\_\_\_  
Empleador: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_

**INFORMACION DE ASEGURANZA**

Asegurado: \_\_\_\_\_ Asegurado SS # \_\_\_\_\_ No. de Grupo: \_\_\_\_\_  
Compañía de seguro: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento del asegurado: \_\_\_\_\_  
Numero telefónico de la Compañía de seguro: \_\_\_\_\_  
Tiene más de una compañía de aseguranza? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Si responde que si: \_\_\_\_\_  
Asegurado: \_\_\_\_\_ Asegurado SS # \_\_\_\_\_ No. de Grupo: \_\_\_\_\_  
Compañía de seguro: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento del asegurado: \_\_\_\_\_  
Numero telefónico de la Compañía de seguro: \_\_\_\_\_

Razón por la Consulta: \_\_\_\_\_  
Quien le refirió: \_\_\_\_\_  
Dentista: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
Última visita dental: \_\_\_\_\_

**HISTORIA MÉDICA**

Salud del paciente: Pobre \_\_\_\_\_ Regular \_\_\_\_\_ Buena \_\_\_\_\_ Excelente \_\_\_\_\_  
Doctor de cabecera: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Fecha del ultimo chequeo físico: \_\_\_\_\_  
El paciente esta tomando algún medicamento en estos momentos? \_\_\_\_\_  
Es el paciente alérgico a algún medicamento? \_\_\_\_\_  
El paciente tiene frecuentes catarros, infecciones de oídos o de garganta? \_\_\_\_\_  
Adenoides o amígdalas han sido removidas? \_\_\_\_\_

Defectos de nacimientos: \_\_\_\_\_  
 El paciente ha alcanzado la pubertad? \_\_\_\_\_ Hembras: Periodo menstrual? \_\_\_\_\_  
 Varones: Cambios en la voz? \_\_\_\_\_  
 Tiene algún historial de enfermedades mayores? \_\_\_\_\_  
 Esta bajo algún tratamiento medico? \_\_\_\_\_  
 Esta embarazada? \_\_\_\_\_

**CIRCULE** (Si) OR (No) Si el paciente tiene o ha tenido lo siguiente:

Asma	S N	Diabetes	S N
Anemia	S N	Mareos	S N
Artritis	S N	Epilepsia	S N
Sangramiento anormal	S N	Fiebre de heno	S N
Problemas óseos	S N	Soplo de corazón	S N
Transfusiones de sangre	S N	Problemas de corazón	S N
Bronquitis	S N	Herpes	S N
Diarreas persistentes	S N	Hepatitis/ Problemas de hígado	S N
Problemas genéticos de corazón	S N	Presión arterial Alta/ Baja	S N
Convulsiones	S N	HIV / SIDA	S N
Reemplazo de articulaciones	S N	Ataque fulminante/ Stroke	S N
Hiperactividad	S N	Problemas de riñones	S N
Neumonía	S N	Úlcera	S N
Toz persistente	S N	Fiebre reumática	S N
Fiebre escarlatina	S N	Problemas mentales o nerviosos	S N
Tumor o Cáncer	S N	Problemas con el sistema inmune	S N
Enfermedades de transmisiones Sexuales	S N	Sinusitis	S N

Ha sido notificado por algún medico que debe PREMEDICARSE antes de cualquier tratamiento dental? \_\_\_\_\_  
 Tiene algún problema medico que no hemos mencionado? Explique \_\_\_\_\_

### **HISTORIA DENTAL**

El paciente ha tenido una evaluación de Ortodoncia o tratamiento? \_\_\_\_\_  
 Nombre del Ortodoncista: \_\_\_\_\_  
 Cuantas veces al día se cepilla los dientes? \_\_\_\_\_  
 Ha recibido algún golpe en la cara o en los dientes? \_\_\_\_\_  
 Se chupa o se ha chupado el dedo? \_\_\_\_\_ Hasta que edad? \_\_\_\_\_  
 Tiene problemas de pronunciacion? \_\_\_\_\_  
 Respira por la boca mientras duerme o despierto? \_\_\_\_\_  
 Le han informado de algún diente que le falte o que tenga extra? \_\_\_\_\_  
 Bruxismo? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ En la noche \_\_\_\_\_ En el día \_\_\_\_\_  
 El paciente toca algún instrumento musical con la boca? \_\_\_\_\_

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

Date: \_\_\_\_\_

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

Date: \_\_\_\_\_

Firma de los padres: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

## **PF-2000 Reconocimiento del Recibo de Aviso de Practicas de Privacidad**

**LUIS J. RODRIGUEZ. D.M.D.** reserva el derecho de modificar las practicas de privacidades explicadas en este aviso.

### **Firma**

Yo he recibido una copia del aviso de Prácticas de Privacidad mediante **LUIS J. RODRIGUEZ D.M.D.**

---

*Nombre del Paciente (escribo o imprima)*

---

*Firma del Paciente*

---

*Fecha*

---

*Firma del Representante del Paciente*  
*(Requerido si el paciente es menor o un adulto incapacitado para firmar esta forma)*

---

*Relación del Representante del Paciente con el Paciente*