



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: _____

Cuántas 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 pronunciaci3n? _____

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