

Información del Paciente

Nombre _____ Fecha de nacimiento ____ / ____ / ____
Apellido Primer Nombre

Numero Social _____ - _____ - _____ Sexo: M ☐ F ☐ Soltero/a ☐ Casado/a ☐ Divorciado/a ☐

Dirección _____ Apt# _____ Ciudad _____

Estado _____ Código Postal _____ Condado _____

Celular(_____) _____ - _____ Numero de casa(_____) _____ - _____

"Al proporcionar mi número de teléfono, doy mi consentimiento para recibir mensajes de texto SMS de Root Canal & Dental Trauma Center para recordatorios de citas, mensajes de marketing y comunicación bidireccional general. La frecuencia de los mensajes varía. Se pueden aplicar tarifas de mensajes y datos. Responda HELP para obtener ayuda. Responder STOP para optar por no participar. Consulte nuestra política de privacidad y los términos y condiciones para obtener más detalles Visite nuestro sitio web. (www.RCDTcenter.com/privacy-policy y el www.RCDTcenter.com/terms-and-conditions)".

☐

Firmo que consiento recibir mensajes de texto SMS

Correo electrónico _____ Número de licencia _____

Empleador/ Escuela _____ Teléfono (_____) _____ - _____

¿Quien es su dentista General ? _____ ¿Fue referido por el? _____

Contacto de emergencia _____ Teléfono (_____) _____ - _____

Personal Responsable

(si es la misma persona no llenar, si es madre/padre/responsable del paciente responder) _____

Parentesco del Paciente

Nombre _____ Fecha de nacimiento ____ / ____ / ____

Apellido

Primer Nombre

Numero Social _____ - _____ - _____ Sexo: M ☐ F ☐ Soltero/a ☐ Casado/a ☐ Divorciado/a ☐

Dirección _____ Apt# _____ Ciudad _____

Estado _____ Código Postal _____ Condado _____

Celular(_____) _____ - _____ ☐ Numero de casa(_____) _____ - _____ ☐

"Al proporcionar mi número de teléfono, doy mi consentimiento para recibir mensajes de texto SMS de Root Canal & Dental Trauma Center para recordatorios de citas, mensajes de marketing y comunicación bidireccional general. La frecuencia de los mensajes varía. Se pueden aplicar tarifas de mensajes y datos. Responda HELP para obtener ayuda. Responder STOP para optar por no participar. Consulte nuestra política de privacidad y los términos y condiciones para obtener más detalles Visite nuestro sitio web. (www.RCDTcenter.com/privacy-policy y el www.RCDTcenter.com/terms-and-conditions)".

☐

Firmo que consiento recibir mensajes de texto SMS

Correo electrónico _____ Número de licencia _____

Información de su Seguro

Nombre de Asegurado _____ Fecha de nacimiento ____ / ____ / ____

Número de Póliza _____ Número de Grupo _____

Nombre de Aseguro _____ Teléfono de su Seguro (_____) _____ - _____

Dirección de Aseguro _____ Ciudad _____ Estado _____

Nombre De Empleador _____ Teléfono (_____) _____ - _____

Historia Dental

¿La razón de su visita el día de Hoy? _____ La última visita dental ____ / ____ / ____

¿Cada cuanto cepilla sus dientes? _____ ¿Cada cuando usa el hilo dental? _____

Marque si tiene o ha tenido alguna de los siguientes:

☐

Mal aliento

☐

Sangrado de encías

☐

Rechina los dientes

☐

Se acumula comida en sus dientes

☐

Ruido en quijada

☐

Sensible a frio

☐

Sensible a caliente

☐

Dientes flojos o quebrados

Historia Médica

Nombre de su Doctor? _____ Fecha de su última visita ____/____/____

Está bajo la supervisión de algún médico? (Si por favor explique la razón)

¿Ha tomado alguna vez el medicamento Phen-Fen o Redux? (Si por favor explique la razón)

¿Ha estado hospitalizado o ha tenido alguna cirugía? (Si por favor explique la razón)

¿Ha tenido alguna lesión en su cuello o cabeza? (Si por favor explique la razón)

¿Ha tomado alguna vez medicamento Fosamax , Boniva , Actonel o cualquier medicamento que contenga bifosfonatos? (Si por favor explique la razón)

¿Es alérgico alguno de los siguientes?

- | | | | |
|-----------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------|--|
| ☐ Aspirina | ☐ Penicilina | ☐ Codeína | ☐ Látex |
| ☐ Acrílico | ☐ Metal | ☐ Anestesia | ☐ Medicamentos de Sulfa |

Si está tomando algún medicamento, indíquelos: _____

Si padece o padeció alguna de las siguientes condiciones solo marque:

- | | | | |
|---|---|--|--|
| ☐ Anemia | ☐ Coyunturas artificiales | ☐ Artritis | ☐ Leucemia |
| ☐ Alta Presión | ☐ Válvula artificial del corazón | ☐ Asma | ☐ Tuberculosis |
| ☐ Diabetes | ☐ Herpes | ☐ Sida o HIV | ☐ Anginas |
| ☐ Osteoporosis | ☐ Enfermedad en la sangre | ☐ Transfusión de sangre | ☐ Fuma tabaco |
| ☐ Cáncer | ☐ Quimioterapia | ☐ Dolor en el pecho | ☐ Espina bífida |
| ☐ Úlceras Bucales | ☐ Convulsiones | ☐ Desmayos | ☐ Fiebre escarlata |
| ☐ Epilepsia | ☐ Enfisema | ☐ Sangrado excesivo | ☐ Embolia |
| ☐ Tos frecuente | ☐ Diarrea frecuente | ☐ Dolor de cabeza frecuente | ☐ Úlceras |
| ☐ Glaucoma | ☐ Murmullo en el corazón | ☐ Problemas del corazón | ☐ Sinusitis |
| ☐ Hepatitis A | ☐ Hepatitis B/C | ☐ Marcapaso | ☐ Pies o tobillos hinchados |
| ☐ Colesterol | ☐ Hipoglucemia | ☐ Hemofilia | ☐ Problemas respiratorios |
| ☐ Osteoporosis | ☐ Presión Baja | ☐ Problemas del riñón | ☐ Problemas en el estómago |
| ☐ Dialysis | ☐ Problemas del hígado | ☐ Problemas del pulmón | ☐ Tratamiento de radiación |
| ☐ Tiroides | ☐ Prolapso de Válvula Mitral | ☐ Artritis reumática | ☐ Embarazada (mujeres) |
| ☐ Enfermedades venérea | | | |

¿Ha tenido alguna vez una enfermedad seria que no se encuentre en la lista de arriba? (sí explique)

Certifico que la información arriba indicada es, según mi leal saber y entender, completa, verídica y correcta. Yo entiendo que soy completamente responsable de informar al doctor en caso de un cambio en mi historia médica mía o de mi hijo/a.

Firma del paciente o Responsable Legal

_____/_____/_____
Fecha