

Urban Smiles Dental

DA LA BIENVENIDA

HISTORIA DENTAL

Motivo de la visita de hoy: _____ Fecha de la última revisión dental: _____

El ex Nombre del dentista: _____ Fecha de la última dentales Rayos X: _____

Marque (✓) Si usted tiene / tenía problemas con cualquiera de los siguientes:

- | | | |
|---|---|--|
| ☐ Sangrado de las encias | ☐ Muela de dientes | ☐ Sensibilidad al frío / calor |
| ☐ Mal aliento | ☐ Hacer clic o hacer estallar la mandíbula | ☐ El tratamiento periodontal |
| ☐ Dolar al morder | ☐ Sensibilidad a los dulces | ☐ Dientes flojos o rellenos rotos |
| ☐ Implantes dentales | ☐ Recoleccion de alimentos entre los dientes | ☐ Dolor o tumores en la boca |

Con qué frecuencia usa el hilo dental? _____ Con qué frecuencia se cepilla los dientes? _____

Te gusta su sonrisa ☐ Sí ☐ No Si no, por favor explique: _____

MEDICO HISTORIA

Nombre del médico(Si esta bajo cuidado). _____ Fecha De la última visita _____

Esta tomado o esta programado para tomar farmacos anti-resoptivos (**Fosamax, Actonel, Atelvia, Boniva, Reclst, Prolia, Aredia, Zometa,XGEVA**)para el dolor óseo, hiper/ hipo-calcemia , enfermedad de Paget, mieloma múltiple o cáncer metastásico? ☐ Sí ☐ No

Ha tenido alguna enfermedad grave u hospitalización? ☐ Sí ☐ No Si si, describa _____

Has tenido transfusión de sangre? ☐ Sí ☐ No En caso afirmativo, indique fechas aproximadas _____

(Mujere) Estás embarazada? ☐ Sí ☐ No ☐ No lo se enfermería: ☐ Sí ☐ No Pastillas anticonceptivas ☐ Si ☐ No .

Marque (✓) Si tiene o tenído problemas con alguno de los siguientes:

- | | | | |
|--|--|--|---|
| ☐ Anemia | ☐ Tratamiento con cortisona | ☐ Hepatitis | ☐ Fiebre Escarlatina |
| ☐ Artritis | ☐ Tos Persistente | ☐ Alta Presion Sanguinea | ☐ Dificultad para Respirar |
| ☐ Glaucoma | ☐ Toser sangre | ☐ VIH / SIDA | ☐ Erupción Cutanea |
| ☐ Articulaciones Artificiales | ☐ Diabetes | ☐ Dolor de Mandíbula | ☐ Accidente Cerebrovascular |
| ☐ Asma | ☐ Epilepsia | ☐ Enfermedad del Riñón | ☐ Derrame Cerebral |
| ☐ Problemas de Espalda | ☐ Desmayo | ☐ Enfermedad Hepática | ☐ Problemas Tiroides |
| ☐ Enfermedades de la Sangre | ☐ Hábito Tabaco | ☐ Prolapse de la Válvula mitral | ☐ Válvulas Cardíacas Artificiale |
| ☐ Cáncer | ☐ Dolores de Cabeza | ☐ Marcapasos | ☐ Amigdalitis |
| ☐ Dependencia Química | ☐ Soplo Cardíaco | ☐ Tratamiento de Radiación | ☐ Tuberculosis |
| ☐ La Quimioterapia | ☐ Problemas del Corazón | ☐ Enfermedade Respiratoria | ☐ Ulceras |
| ☐ Problemas Circulatorios | ☐ Exceso de Sangrado | ☐ Fiebre Reumática | ☐ Enfermedad Venérea |

MEDICAMENTOS

ALERGIAS

Medicamentos para la Lista que usted toma actualmente:

Nombre de la farmacia: _____

Teléfono: (_____) _____

- | | |
|---|--|
| ☐ Penicilina | ☐ Sulfamidas Medicamentos |
| ☐ Los barbitúricos | ☐ Latex |
| ☐ Anestésia local | ☐ Codeína |
| ☐ Barbitúricos | |

Otros: _____

FIRMA

La información anterior es exacta y completa a mi mejor saber y entender. No voy a mantener a mi dentista o cualquier miembro de su personal responsable de los errores u omision que he podido tener en la realizacion de este formulario

Fecha: _____ Firma: _____

Urban Smiles Dental

le da la bienvenida

Fecha: _____ Teléfono de la casa: (_____) _____ Teléfono Celular: (_____) _____

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre _____ SS / Patient ID # _____
Apellido Primer Nombre Segundo inicial:
Dirección _____ CORREO ELECTRÓNICO _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
Sexo: ☐ M ☐ F Fecha de Nacimiento: _____ ☐ Casado ☐ individual ☐ Menor ☐ Divorciado ☐ Otro
Paciente Empleado/Escuela _____ Ocupación: _____
Dirección Empleado / Escuela: _____ Teléfono Empleado / Escuela: (_____) _____
Quién am y damos gracias por referirlo? _____
En caso de emergencia que debe ser notificado? _____ Teléfono: (_____) _____

SEGURO PRIMARIO

Persona responsable de la cuenta: _____
Apellido Nombre primer Nombre Segundo
Relación con el paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Soc. Sec # _____
Dirección (si es diferente a la del paciente) _____ Teléfono: (_____) _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
Persona responsable Empleado por _____ Ocupación: _____
Dirección Comercial: _____ Teléfono de la empresa: (_____) _____
COMPAÑÍA DE SEGUROS _____ **GROUP #** _____ **ABONADO #** _____
Nombre de otras dependientes cubiertos por este : _____

Seguro adicional

Plan: ¿el paciente es cubierto por un plan de seguro adicional ☐ Sí ☐ No Relación con el paciente: _____
Nombre del suscriptor: _____ Fecha de nacimiento: _____ Soc. Sec # _____
Dirección (si es diferente a la del paciente) _____ Teléfono: (_____) _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
persona responsable Empleado por _____ Ocupación: _____
Dirección Comercial: _____ Teléfono de la empresa: (_____) _____
COMPAÑÍA DE SEGUROS : _____ **GROUP #** _____ **ABONADO #** _____
Nombre de otras dependientes cubiertos por este plan: _____

ASIGNACIÓN y LIBERACIÓN

Certifico que yo y / o mis dependientes (s), tienen cobertura de seguro con _____ and asignados directamente
nombre de la compañía de seguros (es)
de Urban Smiles Dental PA todos los beneficios del seguro, en su caso, de otro modo pagaderos a mí por servicios prestados.
Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos sean pagados por el seguro. Autorizo el uso de mi firma en todas
las presentaciones de seguros.
El consultorio dental nombrado anteriormente puede usar mi información de cuidado de la salud y puede divulgar dicha información
a la compañía de seguros nombrada (s) y sus agentes para el fin de obtener el pago por los servicios y determinar seguro a pagar por
servicios relacionados

Firma del paciente, padre, tutor o representante

Fecha

por favor, imprimir el nombre del paciente, tutor o persona Relación

Representante a paciente