

**HOJA DE REGISTRO & HISTORIAL MÉDICO**

Fecha: _____

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre: _____

¿El paciente es estudiante? Tiempo Completo Medio Tiempo

Apellido: _____

Empleador: _____

Prefiero que me llamen: _____

Teléfono: _____

Domicilio: _____

Puesto: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Domicilio de Empleador: _____

Fecha de nacimiento: _____

Género: _____ ¿El paciente es menor de edad?: Si

Nombre de esposo(a): _____

Estado Civil: Casado(a) Unión Libre Divorciado(a)

Fecha de nacimiento: _____

Soltero(a) Viudo(a)

¿Cómo se entero de nosotros?: _____

SEGURO DENTAL

Persona responsable del seguro: _____

Relación con el paciente: _____

Nombre de la aseguradora: _____

Número de grupo: _____

ID del suscriptor/NSS: _____

¿Esta cubierto por aseguradora adicional? Si No

Nombre del suscriptor: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Relación con el paciente: _____

Nombre de la aseguradora: _____

Número de grupo: _____

ID del suscriptor/NSS: _____

ASIGNACIÓN Y LIBERACIÓN. Certifico que yo y/o mis dependientes tenemos cobertura de aseguradora con _____ y asigno a Salem Dental todos los beneficios del seguro, si los hubiera, de otra manera pagado a mí por servicios prestados. Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos, pagados o no, por la aseguradora. Autorizo el uso de mi firma en todas las prestaciones del seguro. La oficina dental mencionada anteriormente puede usar mi información médica y puede revelar dicha información con las aseguradoras nombradas en esta forma y sus agentes con el propósito de obtener pagos por servicios prestados. Este consentimiento terminará cuando finalice mi tratamiento o un año después de firmar este documento.

Firma del paciente, padre, tutor o representante legal_____
Nombre completo del paciente, padre, tutor o representante legal_____
Fecha_____
Relación con el paciente**INFORMACIÓN DE CONTACTO**

INFORMACIÓN REQUERIDA

*Número Celular (_____) _____ ¿Podemos mandarle mensajes de texto para recordatorios y confirmar citas? Si No

*Correo Electrónico: _____ Se usará para recordatorios / confirmaciones de citas. No se usará para correo no deseado o entregado a nadie más.

Número de Casa (_____) _____ Número de Trabajo (_____) _____ Hora y lugar para contactarlo: _____

Contacto de Emergencia: Nombre _____ Relación con el paciente _____ Teléfono (_____) _____

HISTORIAL DENTAL

Razón de su visita: _____

Fecha de última visita dental: _____

Fecha de últimas radiografías dentales: _____

	Si	No
¿Le sangran las encías?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¿Usa alguna forma de tabaco?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
------------------------------	--------------------------	--------------------------

¿Tiene la boca seca?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
----------------------	--------------------------	--------------------------

¿Se acumula comida entre sus dientes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---------------------------------------	--------------------------	--------------------------

¿Rechina los dientes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-----------------------	--------------------------	--------------------------

¿Tiene dientes flojos o relleno en sus dientes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------	--------------------------

¿Sufre de dolor mandibular?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-----------------------------	--------------------------	--------------------------

EVALUACIÓN DE SU SONRISA

	Si	No
¿Le gustaría sus dientes más rectos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¿Le gustaría sus dientes más blancos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---------------------------------------	--------------------------	--------------------------

¿Ha notado desgaste o astillado en sus dientes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------	--------------------------

Si pudiera cambiar algo sobre sus dientes, ¿Qué sería?
_____**SALUD DEL SUEÑO**

	Si	No
¿Usted ronca?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¿Se despierta cansado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
------------------------	--------------------------	--------------------------

¿Se despierta en las mañanas con dolores de cabeza?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------	--------------------------

¿Se le dificulta mantenerse despierto durante el día?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------	--------------------------

