

# BIENVENIDOS!



## DATOS PERSONALES DEL PACIENTE

Fecha \_\_\_\_\_ No. del Seguro Social \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_  
Apellido Nombre Inicial

Dirección \_\_\_\_\_ Teléfono Celular \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_ Dirección E-mail \_\_\_\_\_

Sexo:  M  F  Menor  Soltero/a  Casado/a  Parejas de largo plazo  Divorciado/a  Viudo/a  Separado/a

Nombre de la Empresa/Patrón \_\_\_\_\_ Teléfono Comercial \_\_\_\_\_

Dirección Comercial \_\_\_\_\_ Ocupación \_\_\_\_\_

¿A quién debemos agradecer que nos hayan recomendado? \_\_\_\_\_

¿Persona a contactar en caso de emergencia? \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

## SEGURO PRIMARIO

Persona Responsable de la Cuenta \_\_\_\_\_  
Apellido Nombre Inicial

Parentesco con el Paciente \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ No. del Seguro Social \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Empresa donde Trabaja la persona responsable \_\_\_\_\_ Teléfono Comercial \_\_\_\_\_

Dirección Comercial \_\_\_\_\_ Ocupación \_\_\_\_\_

Nombre de la Compañía de Seguros \_\_\_\_\_

Dirección de la Compañía de Seguros \_\_\_\_\_

Número de abonado \_\_\_\_\_ Número Grupal \_\_\_\_\_

## SEGURO ADICIONAL

Nombre de la Persona Asegurada \_\_\_\_\_  
Apellido Nombre Inicial

Parentesco con el Paciente \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ No. del Seguro Social \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Lugar de Trabajo de la Persona Asegurada \_\_\_\_\_ Teléfono Comercial \_\_\_\_\_

Nombre de la Compañía de Seguros \_\_\_\_\_

Dirección de la Compañía de Seguros \_\_\_\_\_

Número de abonado \_\_\_\_\_ Número Grupal \_\_\_\_\_

POR FAVOR, COMPLETAR EL REVÉS DE ESTA PÁGINA





## HISTORIA DENTAL

Nombre del Dentista Anterior \_\_\_\_\_

Fecha de las últimas radiografías: \_\_\_\_\_

Ciudad, Estado \_\_\_\_\_

¿Con qué frecuencia usa el hilo dental? \_\_\_\_\_

Fecha de su última visita al odontólogo \_\_\_\_\_

¿Con qué frecuencia se cepilla los dientes? \_\_\_\_\_

Por Favor, marque lo que corresponda:

- |  |  |  |
|--|--|--|
| Mal Aliento..... <input type="checkbox"/>                  | Diente Flojo o Rotura de Pasta..... <input type="checkbox"/> | Sensibilidad a los Dulces..... <input type="checkbox"/>                    |
| Encías que Sangran..... <input type="checkbox"/>           | Tratamiento de Ortodoncia..... <input type="checkbox"/>      | Sensibilidad al Morder..... <input type="checkbox"/>                       |
| Ampollas en Labios o Boca..... <input type="checkbox"/>    | Dolor Alrededor del Oído..... <input type="checkbox"/>       | Dolores de Cabeza frecuentes..... <input type="checkbox"/>                 |
| Se Muerde las Uñas..... <input type="checkbox"/>           | Tratamiento Periodontal..... <input type="checkbox"/>        | Lesiones de Mandíbula, cabeza o cuello..... <input type="checkbox"/>       |
| Castañeteo de Dientes..... <input type="checkbox"/>        | Sensibilidad al Frío..... <input type="checkbox"/>           | Problemas de Mandíbula, castañeteo y/o dolor..... <input type="checkbox"/> |
| Se Muerde el labio o Mejilla..... <input type="checkbox"/> | Sensibilidad al Calor..... <input type="checkbox"/>          | Dolor de Muelas..... <input type="checkbox"/>                              |

## HISTORIA CLINICA

Nombre del Médico \_\_\_\_\_ Fecha de la Última Consulta: \_\_\_\_\_

- |  |                          |                          |
|--|--------------------------|--------------------------|
|  | SI                       | NO                       |
| 1. ¿Está usted bajo tratamiento médico actualmente?.....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. ¿Ha sufrido alguna enfermedad seria u operaciones?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. ¿Esta Ud. Tomando algún medicamento actualmente?....    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Por favor, descríbalos: \_\_\_\_\_

- |  |                          |                          |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 4. ¿Usted fuma? .....                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. ¿Consumo bebidas alcohólicas, cocaína u otras drogas?.. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. ¿Usa Lentes de Contacto? .....                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

7. Ha tenido usted alguna reacción alérgica a lo siguiente:

- |   |                          |                          |
|---|--------------------------|--------------------------|
|   | SI                       | NO                       |
| Anestesia Local (Ej. Novocaina).....      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Penicilina u otros antibióticos.....      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Medicamentos con sulfonamidas.....        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Barbitúricos (pastillas para dormir)..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sedantes.....                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Yodo.....                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Aspirina.....                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Otros.....                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

8. (Para Mujeres Solamente) ¿Está Usted:
- |   |                          |                          |
|---|--------------------------|--------------------------|
| Embarazada?.....                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Amamantando?.....                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Tomando Pastillas Anticonceptivas?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Por Favor, Marque lo que corresponda:

- |   |  |   |
|---|--|---|
| SIDA..... <input type="checkbox"/>  | Enfisema..... <input type="checkbox"/>                   | Marcapasos..... <input type="checkbox"/>                          |
| Anemia..... <input type="checkbox"/>  | Epilepsia..... <input type="checkbox"/>                  | Atención Psiquiátrica..... <input type="checkbox"/>               |
| Artritis, Reumatismo..... <input type="checkbox"/>                                    | Desmayos o Mareos..... <input type="checkbox"/>          | Tratamiento Radiológico..... <input type="checkbox"/>             |
| Válvulas Cardíacas Artificiales..... <input type="checkbox"/>                         | Glaucoma..... <input type="checkbox"/>                   | Enfermedades Respiratorias..... <input type="checkbox"/>          |
| Articulaciones Artificiales..... <input type="checkbox"/>                             | Dolores de Cabeza..... <input type="checkbox"/>          | Fiebre Reumática..... <input type="checkbox"/>                    |
| Asma..... <input type="checkbox"/>  | Soplo Cardíaco..... <input type="checkbox"/>             | Fiebre Escarlatina..... <input type="checkbox"/>                  |
| Problemas en la Espalda..... <input type="checkbox"/>                                 | Problemas Cardíacos..... <input type="checkbox"/>        | Falto de Aliento..... <input type="checkbox"/>                    |
| Hemorragias Anormales, debido a extracciones o cirugías..... <input type="checkbox"/> | Hepatitis- Tipo _____ <input type="checkbox"/>           | Sinusitis..... <input type="checkbox"/>                           |
| Enfermedades Sanguíneas..... <input type="checkbox"/>                                 | Herpes..... <input type="checkbox"/>                     | Erupción en la Piel..... <input type="checkbox"/>                 |
| Cáncer..... <input type="checkbox"/>  | Presión Arterial Alta..... <input type="checkbox"/>      | Embolia..... <input type="checkbox"/>                             |
| Dependencia a Sustancias Químicas... <input type="checkbox"/>                         | VIH Positivo..... <input type="checkbox"/>               | Hinchazón de Pies / tobillos..... <input type="checkbox"/>        |
| Quimioterapia..... <input type="checkbox"/>   | Ictericia..... <input type="checkbox"/>                  | Hinchazón de Glándulas del Cuello..... <input type="checkbox"/>   |
| Síndrome de Fatiga Crónica..... <input type="checkbox"/>                              | Dolor de Mandíbula..... <input type="checkbox"/>         | Problemas de Tiroides..... <input type="checkbox"/>               |
| Problemas Circulatorios..... <input type="checkbox"/>                                 | Enfermedad de los Riñones..... <input type="checkbox"/>  | Amigdalitis..... <input type="checkbox"/>                         |
| Lesiones Cardíaco Congénitas..... <input type="checkbox"/>                            | Sensibilidad al Látex..... <input type="checkbox"/>      | Tuberculosis..... <input type="checkbox"/>                        |
| Tratamientos con Cortisona..... <input type="checkbox"/>                              | Enfermedad del Hígado..... <input type="checkbox"/>      | Tumor o Crecimiento en Cabezal cuello... <input type="checkbox"/> |
| Tos-persistente o con sangre..... <input type="checkbox"/>                            | Presión Arterial Baja..... <input type="checkbox"/>      | Úlcera..... <input type="checkbox"/>                              |
| Diabetes..... <input type="checkbox"/>  | Prolapso de Válvula Mitral..... <input type="checkbox"/> | Enfermedades Venéreas..... <input type="checkbox"/>               |
|   | Problemas Nerviosos..... <input type="checkbox"/>        |   |

## ASIGNACIÓN E INFORMACIÓN

Por la presente, yo autorizo el pago directo a DR. RON SAFFAR por todos los beneficios de la cobertura en lugar de recibir directamente a mí, el pago por los servicios ofrecidos. Yo entiendo que soy responsable económicamente por todos los honorarios, sean o no sean pagados por el seguro, y por todos los servicios dispensados tanto a mí como a las personas a mi cargo.

Yo autorizo al médico antes mencionado o a cualquier proveedor o suministrador de servicios de este consultorio para divulgar la información que sea necesaria para asegurarse el pago de dichos beneficios. Yo autorizo el uso de esta firma en todas las presentaciones al seguro.

Firma de la Parte Responsable \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_