

**Información del Paciente**

A B C

Fecha \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Sexo M / F

Nombre del Paciente \_\_\_\_\_  
Apellido Primer Nombre Segundo Nombre

Domicilio \_\_\_\_\_  
Calle Ciudad Estado Código Postal

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

Si el paciente es menor de edad, nombre de la persona responsable \_\_\_\_\_

Quien lo refirio a nuestra oficina? \_\_\_\_\_

Quien es su dentista regular? \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

**Información Sobre la Persona Responsable**

Nombre \_\_\_\_\_  
Apellido Primer Nombre Segundo Nombre Estado Civil

Domicilio \_\_\_\_\_  
Calle Ciudad Estado Código Postal

Domicilio de Correo \_\_\_\_\_  
Calle Ciudad Estado Código Postal

Cuanto tiene viviendo ahí? \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_ No. de Trabajo \_\_\_\_\_

Domicilio Anterior (sies menos de 3 años) \_\_\_\_\_  
Calle Ciudad Estado Código Postal

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

Empleador \_\_\_\_\_ Ocupación \_\_\_\_\_ Años Empleado \_\_\_\_\_

Nombre del Cónjuge \_\_\_\_\_ Relacion al Paciente \_\_\_\_\_  
Apellido Primer Nombre Segundo Nombre

Empleador \_\_\_\_\_ Ocupación \_\_\_\_\_ Años Empleado \_\_\_\_\_

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

**Información de Seguro**

Nombre del Asegurado _____	Tiene cobertura doble? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Cobertura _____%
Fecha de Nacimiento _____	Si la res:	Día Eff. _____
No. de Seguro Social _____	Nombre del Asegurado _____	Eligibilidad _____
Co. de Seguro _____	Fecha de Nacimiento _____	
No. de Grupo _____ No. Local _____	No. de Seguro Social _____	NOTAS:
Domicilio de la Co. de Seguro _____	Co. de Seguro _____	
	No. de Grupo _____ No. Local _____	
No. de la Co. de Seguro _____	Domicilio de la Co. de Seguro _____	
	No. de la Co. de Seguro _____	
YO POR ESTE MEDIO AUTORIZÓ TODO PAGO DIRECTO A GILBERT H. SNOW, D.D.S. DEL GRUPO DE SEGURO POR SERVICIOS RENDIDOS Y TODO MAYOR BENEFICIOS MEDICOS		
<small>(FIRMA DEL ASEGURADO)</small> _____	<small>(FECHA)</small> _____	

**Información de Emergencia**

Nombre del pariente mas cercano que no viva con usted \_\_\_\_\_

Domicilio Completo \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_

Yo entiendo que un reporte de credito puede ser obtenido, si es necesario.

Firma (Del padre, si el paciente es menor de edad) \_\_\_\_\_

Poner al día (fecha y inicial) \_\_\_\_\_

Esta el paciente en buena salud? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Esta el paciente bajo el cuidado de un doctor medico? \_\_\_\_\_

Si la respuesta es si, explique \_\_\_\_\_

Esta tomando algun medicamento? \_\_\_\_\_

Si la respuesta es si, explique \_\_\_\_\_

Tiene el paciente una historia de los siguientes: (marque si o no)

- |   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|
| S N   | S N   | S N   | S N   | S N   | S N   |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Resfriados Frecuentemente | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Alergias  | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Mareos o desmayos               | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Asthma    | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Sida                  | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Arthritis |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Problemas del Corazon     | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Diabetes  | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Enfermedad del higado o ritomes | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> T.B.      | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Desorden de la sangre |   |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Fiebre Rheumatica         | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Daño al cerebro                 | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Epilepsia | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Dificultades en oir   |   |

o cualquier otra enfermedad, favor de explicar: \_\_\_\_\_

Le han removido tonsils y adnoids? \_\_\_\_\_

Ha tomodo Phen-Fen o Redux anteriormente?   Si la respuesta es si, for cuanto tiempo? \_\_\_\_\_

Marque si o no, si ha tenido cualquiera de estos habitos:

- |  |  |   |  |
|--|--|---|--|
| Y N  | Y N  | Y N   | Y N  |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Chupar el dedo   | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Respirar por la boca             | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Moler los dientes   | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Morder la lengua |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Morder las uñas  | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Empujar la lengua hacia adelante | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Problemas al hablar | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Respira abnormal |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Chupar la lengua | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Morder los labios                |   |  |

Aproximadamente, cuando recibio su primer diente? \_\_\_\_\_

Le han removido dientes a algun padre por causa de amontonamiento? \_\_\_\_\_

Tiene otro pariente esa misma condición? \_\_\_\_\_ Relacion \_\_\_\_\_

Tiene dolor o hace ruido cuando habre y cierra la mandíbula? \_\_\_\_\_

Ha tenido el paciente una reaccion negativa al cuidado medico o dental anteriormente? \_\_\_\_\_

La fecha del ultimo cuidado dental \_\_\_\_\_

Hay cualquier otra información que debemos saber sobre el paciente? \_\_\_\_\_

Favor de dar todos los nombres fecha de nacimientos y edades de los otros niños en la casa:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Hay otras personas que estan siendo vistas por Dr. Snow en este momento? Favor de dar los nombres:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Hay cualquier otra cosa que usted siente que Dr. Snow necesita saber sobre este paciente?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Es su obligación informarnos de cualquier cambio en salud.

Firma (del padre, si es menor de edad) \_\_\_\_\_