

**Wheaton Dental Center
11300 Veirs Mill Road
Wheaton, Maryland 20906**

Nombre del Paciente: _____ Fecha: _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado/Código Postal _____

Teléfono de Casa: _____ Teléfono de Trabajo: _____

Teléfono de Celular: _____ Email: _____

Estado de Matrimonial: Soltero(a) Casado(a) Sexo: M F

Numero de seguro social: _____ - _____ - _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____

Nombre de la persona responsable de esta cuenta: _____ Relación con el paciente: _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado/Código Postal _____

Numero de seguro social: _____ - _____ - _____
Name of Insurance Carrier _____

Como escucho de nuestra officina: _____

Para las siguientes preguntas, círculo ***Sí*** o ***No***, según corresponda. Sus respuestas son para nuestros registros solamente y se considera confidencial.

1. ¿Esta en buen estado de salud? _____ Si No
2. ¿Ha habido algún cambio en su salud durante el año? _____ Si No
3. ¿Está bajo el cuidado de un médico? _____ Si No
4. ¿Ha tenido alguna enfermedad grave, operación o ha sido hospitalizado en los últimos 5 años? _____ Si No
5. ¿Está tomando algún medicamento (s), incluyendo medicamentos sin receta? _____ Si No
En ese caso, ¿como se llaman y por qué razón? _____
6. ¿Tiene o ha tenido alguna de las siguientes enfermedades o problemas del corazón?
 - a. Válvulas del corazón averiadas o válvulas artificiales del corazón, incluyendo soplos cardiacos o enfermedades _____ Si No
 - b. Enfermedad cardiovascular (problemas con el corazón, ataque al corazón, anginia, occlusion coronaria, insuficiencia coronaria, presión arterial alta, arteriosclerosis, derrame) _____ Si No
 - c. Diabetes _____ Si No
 - d. Hepatitis, ictericia o enfermedad del hígado _____ Si No
 - e. Problemas respiratorios, enfisema, bronquitis, asthma etc _____ Si No
 - f. Artritis o articulaciones hinchadas dolorosas _____ Si No
 - g. Enfermedades de transmisión sexual _____ Si No
 - h. Problemas del sistema inmunológico _____ Si No
7. ¿Ha tenido usted flujos de sangre anormales? _____ Si No
 - a. ¿Alguna vez ha requerido transfusión de sangre? _____ Si No
8. Es usted alérgico (a) o ha tenido una reacción a:
 - a. Anestésicos locales _____ Si No
 - b. Penicilina u otros antibióticos _____ Si No
 - c. Aspirina _____ Si No
 - d. Codeína u otros narcóticos/ drogas estupefacientes _____ Si No
 - e. Látex _____ Si No
9. ¿Ha tenido problemas serios o graves con cualquier tratamiento dental previo? _____ Si No
En ese caso, explique: _____
10. ¿Tiene usted alguna enfermedad, condición o problema no mencionado arriba y que cree que deberíamos saber? _____ Si No
11. ¿Está embarazada/en estado? _____ Si No
12. ¿Da usted de pecho al niño(a) en este moment? _____ Si No

Con la firma de este formulario, autorizo al dentista participante para revisar mi formulario de historial médico y practicaré un examen, tomara todas las radiografías necesarias, y completara todos los procedimientos menores, según sea necesario.

También entiendo que las reacciones individuales al tratamiento no se pueden predecir, y si tengo alguna reacción inesperada durante o después de cualquier tratamiento, me comprometo a informar a la oficina tan pronto como sea posible.

Entiendo que el éxito del tratamiento recomendado depende de mi cooperación en las citas programadas, siguiendo las instrucciones de cuidado en casa, e informar a la oficina de cualquier cambio en el estado de mi salud lo más pronto posible.

Los beneficios del seguro dan solo un estimado del porcentaje que cubrirán y NO una garantía de que ellos lo hagan. La persona responsable de esta cuenta se hace responsable por cualquier y todas las cantidades restantes de la compañía de seguros que no son cubiertas o pagadas. Si es necesario, esta cuenta será enviada a una tercera persona (agencia de crédito) para recaudación. La parte dueñora tendrá que responder por todos sus pagos al proceso de recaudación.

Certifico que he leído y entiendo lo que está arriba. Reconozco que mis preguntas, si las hubiere, acerca de las preguntas de este formulario han sido respondidas satisfactoriamente. No voy a responsabilizar a mi dentista ni otro miembro del personal responsable de los errores u omisiones que pueda tener en el llenado de este formulario.

Firma de la persona Responsable de esta cuenta

Fecha

Gracias por llenar este formulario completamente. La información que usted ha dado nos ayudará a servirle con mayor eficacia y eficiencia. Si tiene cualquier pregunta en cualquier momento, por favor pregunte. Siempre estamos dispuestos a ayudar.

.....
.....

Consideraciones de administración dental:

Firma del dentista

Fecha