

VITALITY DENTAL GROUP PLANTATION

Nombre: _____ Segundo Nombre: _____ Apellido: _____
Fecha de Nacimiento: _____ Email: _____
Seguro Social #: _____ Teléfono de la Casa: _____ Teléfono Celular: _____
Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
Empleador: _____ Ocupación: _____ Teléfono del Trabajo: _____
Dirección del Empleador: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Persona Responsable de la Cuenta si es Distinto de Paciente

Nombre: _____ Relación al Paciente: _____ Teléfono: _____
Fecha de Nacimiento: _____ Seguro Social #: _____ Empleador: _____
Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
Contacto de Emergencia: _____ Relación con usted: _____ Teléfono: _____

INFORMASION DEL SEGURO

Aseguradora Primaria: _____ Titular de Póliza: _____
Fecha de Nacimiento del Titular: _____ Seguro Social #: _____ Grupo #: _____
Empleo _____ Teléfono de la compañía de seguros: _____

Segunda Compañía de Seguros: _____ Titular de Póliza: _____
Fecha de Nacimiento del Titular: _____ Seguro Social #: _____ Grupo #: _____
Empleo _____ Teléfono de la compañía de seguros: _____

Entiendo que soy responsable del pago de los servicios prestados por Vitality Dental y también soy responsable de pagar cualquier co-pagos y deducibles que mi seguro no cubre.

Firma _____ Fecha _____

HISTORIA DENTAL

¿Qué es lo que más le preocupa de sus dientes? _____

¿Estás teniendo malestar en este momento? _____ ¿Cuál es el malestar? _____

¿Cuándo fue su última visita al dentista? _____ Le hicieron radiografías? _____ ¿Qué tratamiento recibió? _____

¿Tiene los dientes sensibles? calor? _____ frío? _____ dulces? _____ ácido? _____ presión? _____

¿Has tenido frenos en los dientes? ¿ _____ Si es así, cuando? _____ ¿Usaron aparatos tradicionales? _____

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

¿Tienes sangrado de las encías? ¿ _____ Ha tenido tratamiento de encías? _____ Cuándo? _____

¿Rechina o aprieta los dientes? _____ ¿Te escuchas estallidos, clic o ruidos al masticar? _____

¿Tienes algún dolor alrededor de cualquiera de tus oídos? _____ ¿Tiene alguna hinchazón o bultos en la boca? _____

¿Tienes miedo del tratamiento dental? _____

¿Qué opinas acerca de la apariencia de sus dientes? _____

HISTORIAL MÉDICO

¿Está actualmente bajo un cuidado médico? _____ Nombre del médico _____

Dirección del Médico _____ Teléfono del Médico _____

¿Tiene o ha tenido usted cualquiera de los siguientes síntomas?

S N Sangrado anormal	S N Defecto congénito del corazón	S N Soplo cardíaco	S N Enfermedad del hígado
S N Anemia	S N Diabetes	S N Cirugía cardíaca	S N Lupus
S N Huesos/articulaciones artificiales	S N Enfisema	S N Hemofilia	S N Marcapasos
S N Válvulas artificiales	S N Desmayos	S N Hepatitis	S N Tos persistente
S N Asma	S N Ampollas febriles	S N Herpes	S N Tratamiento de radiación
S N Cáncer	S N Glaucoma	S N Presión arterial alta	S N Convulsiones
S N Quimioterapia	S N Dolores de cabeza	S N VIH/SIDA	S N Tuberculosis (TB)
S N Colitis	S N Ataque al corazón	S N Problemas renales	S N Enfermedades venéreas

Por favor indique cualquier condición médica importante que haya experimentado. _____

¿Es usted alérgico a alguno de los siguientes?

S N Aspirina	S N Eritromicina	S N Sedantes
S N Barbitúricos	S N Joyería/metales	S N Sulfonamidas
S N Codeína	S N Látex	S N Tetraciclina
S N Anestésicos dentales	S N Penicilina	S N Otros

Por favor describa que medicamentos o materiales le causan reacciones alérgicas: _____

Por favor indique cualquier medicamento que esté tomando actualmente: _____

Para las mujeres: Estás tomando pastillas anticonceptivas? _____ está embarazada? _____ semana #: _____ esta amantando bebe? _____

AUTORIZACIÓN

Afirmo que la información que he proporcionado es correcta a lo mejor de mi conocimiento. Toda la información en este documento se llevará a cabo en la más estricta confidencialidad y es mi responsabilidad informar **Vitality dental group** cualquier cambio en mi condición de médica. Yo autorizo a personal dental para realizar los servicios dentales que necesite, incluyendo radiografías, fotografías, modelos de estudio o cualquier proceso que se estime oportuno para realizar un diagnóstico minucioso de mis necesidades dentales.

Firma: _____ Fecha: _____

Nuestra oficina HIPAA obediente y se ha comprometido a reunión o superan los estándares de control de la infección por OSHA, los CDC y la ADA.