

Apellido  Fecha de Nacimiento  Domicilio   
Nombre  No. de S.S.  Ciudad   
Inicial  Estado   
C.P.   
Teléfono

---

Parte Responsable o Guardían  Empleo   
Teléfono  Posición   
Email  Teléfono de negocio   
No. de Licencia   
No. de S.S.

---

Pariente cercano que no viva con Ud.   
Relación   
Domicilio   
Ciudad   
Estado   
C.D.   
Teléfono

---

Aseguranza Dental No.1 <input type="text"/>	Aseguranza Dental No.2 <input type="text"/>
No. de Grupo <input type="text"/>	No. de Grupo <input type="text"/>
Nombre de Compañía <input type="text"/>	Nombre de Compañía <input type="text"/>
Dueño de póliza <input type="text"/>	Dueño de póliza <input type="text"/>
No. de S.S. <input type="text"/>	No. de S.S. <input type="text"/>

Autorizo la liberación cualquier información necesaria para procesar el reclamo dental.

Autorizo pago directamente al Dentísta aquí nombrado de los Beneficios de la Aseguraza de otra manera pagables a mi.

Referido por

Fecha de Ultimo examen dental/Limpieza

Estatus Marital

Nombre de Dentista General

- | Sí                       | No                       | Alguna vez a tenido alguno de los siguientes: |
|--------------------------|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Hepatitis                                     |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Enfermedad del Hígado                         |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Convulsiones Epilepticas                      |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Convulsiones                                  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Fiebre Reumática                              |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Riñon   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Diabetes                                      |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Tuberculosis                                  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Efisema                                       |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Asma  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Faltas de Respiración                         |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Tobillos Hinchados                            |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Dolor de Pecho                                |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Problemas Cardiacos                           |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Presión Alta/Baja                             |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Apoplejia                                     |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Problemas de Tiroides                         |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Tratamiento Psiquiatrico                      |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Artritis                                      |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Reumatismo                                    |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Enfermedades Venereas                         |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Glaucoma                                      |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Qimoterapia                                   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Sinusitis                                     |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Alergias                                      |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Problemas al Nacer                            |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Soplo Cardiaco                                |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Anemia  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Sangrado Excesivo/Hemofilia                   |

- | Sí                       | NO                       |                               |
|--------------------------|--------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Transfusión de Sangre         |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Sida o VIH positivo           |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Cancer                        |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Labio/Paladar Leporino        |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Problema de Habla             |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Problema Auditivos            |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Problemas de la Vista         |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Anginas/Problemas de Garganta |

- | Sí                       | NO                       | Si eres mujer, estas?            |
|--------------------------|--------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Embarazada                       |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Tomando píldoras anticonceptivas |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Tomando Medicamento Hormonal     |

En la actualidad estás baho cuidad médico?

- | Sí                       | NO                       | Si la repuesta es sí a cualquiera de las dos, a cual medicamento? |
|--------------------------|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |   |

Alguna vez le han indicado que es alérgico a un medicamento?

Sí NO Si la respuesta fue sí a cualquiera de las dos, a cual medicamento?

Sí NO Alguna vez a tenido problemas de sangrado?

Sí NO A tenido problemas con una extacción?

Si la respuesta es sí, favor de explicar:

En la actualidad esta Ud. tomando algun medicamento o droga?

Sí NO Si la respuesta es sí, favor de apuntar:

Sí NO

Tiene dificultad al abrir la boca anchamente?

Alguna vez a recibido un golpe fuerte en la cabeza o quijada?

En ocasiones escucha sonidos tronadores que vienen de su quijada?

En ocasiones escucha sonidos tronadores que vienen de su quijada?

En la actualidad siente dolor que proviene de las coyunturas de la quijada o musculares?

Esta tomando tranquilizantes, relajantes musculares o antidrepesivos?

Cuál es la razón principal que lo trae a nuestra oficina?

Favor de agregar cualquier cosa a acerca de su historial medico/dental que crea importante?

Firma de Doctor y la fecha:

---