

Conociéndote

Fecha: _____

Nombre del paciente _____

(PRIMERO)

(M.I.)

(ÚLTIMO)

Fecha de Nacimiento _____ Edad _____

Masculino _____ Femenina _____ Otro _____ Pronombres _____

Casado _____ Soltero _____ Divorciado _____ Viudo _____ Niño _____

Dirección _____ Ciudad _____ Código postal _____

Número de teléfono de casa _____

Teléfono del trabajo _____

Número de celular _____

Dirección de correo electrónico _____ Número de seguro social _____

Ocupación _____ Empleador _____

Estudiante a tiempo completo Sí No Escuela / Universidad _____ Ciudad _____

Odontólogo general _____ Dentista de referencia _____

Pariente más cercano _____ Relación _____

Dirección _____ Ciudad y código postal _____ Teléfono _____

Nombre del familiar que ha sido paciente en nuestra oficina _____

Información de la cuenta

Persona o personas financieramente responsables de la cuenta

Lo mismo que arriba _____

Nombre _____

Nombre _____

Parentesco con el paciente y teléfono particular _____

Parentesco con el paciente y teléfono particular _____

Dirección _____

Dirección _____

Ciudad, Estado, Código postal _____

Ciudad, Estado, Código postal _____

Fecha de nacimiento _____

Fecha de nacimiento _____

Casado Soltero Divorciado Viudo

Casado Soltero Divorciado Viudo

Empleador _____

Empleador _____

Ocupación _____

Ocupación _____

Dirección comercial _____

Dirección comercial _____

Teléfono de empresa _____

Teléfono de empresa _____

Número de seguro social _____

Número de seguro social _____

Número de licencia de conducir _____

Número de licencia de conducir _____

Por favor, complete la información del seguro en el reverso de este formulario.

Fecha de revisión: 28/04/2026

Información del Seguro

Seguro dental

Compañía principal de seguro dental _____

DIRECCIÓN _____ Número de teléfono _____

Nombre del asegurado _____ Relación con el paciente _____

Número de Seguro Social del asegurado _____ / _____ / _____ Fecha de Nacimiento _____ / _____ / _____

Empleador del asegurado _____ Número de grupo _____

Compañía de seguro dental secundario _____

DIRECCIÓN _____ Número de teléfono _____

Nombre del asegurado _____ Relación con el paciente _____

Número de Seguro Social del asegurado _____ / _____ / _____ Fecha de Nacimiento _____ / _____ / _____

Empleador del asegurado _____ Número de grupo _____

Seguro médico

Si tiene seguro médico, por favor proporcione lo siguiente:

Compañía de seguro médico principal _____

DIRECCIÓN _____ Número de teléfono _____

Nombre del asegurado _____ Relación con el paciente _____

Número de Seguro Social del asegurado _____ / _____ / _____ Fecha de Nacimiento _____ / _____ / _____

Empleador del asegurado _____ Número de grupo _____

Compañía de seguro médico secundario _____

DIRECCIÓN _____ Número de teléfono _____

Nombre del asegurado _____ Relación con el paciente _____

Número de Seguro Social del asegurado _____ / _____ / _____ Fecha de Nacimiento _____ / _____ / _____

Empleador del asegurado _____ Número de grupo _____

Autorizo la divulgación de la información relacionada con mis reclamaciones de seguro gestionadas por esta oficina. Entiendo que soy responsable de todos los costos del tratamiento dental y que esta oficina facturará a mi compañía de seguros como una cortesía hacia mí.

Firma del paciente o del padre/madre de un menor

Fecha

Nombre _____ Fecha de Nacimiento _____

Información médica *Por favor, marque con una (X) su respuesta.***(Marque NS/NS si no sabe la respuesta a la pregunta)**

Reemplazo articular: ¿Alguna vez le han realizado un reemplazo ortopédico total de

una articulación (cadera, rodilla, codo, dedo)?..

Fecha: _____ En caso afirmativo,

¿ha tenido alguna complicación? _____

¿Está tomando, o tiene programado comenzar a tomar, alguno de los siguientes medicamentos para la osteoporosis o la enfermedad de Paget: Alendronato (Fosamax®), Prolia (Denosumab®)

o Risedronato Actonel®)?..... Desde 2001, ¿ha recibido tratamiento, o tiene programado actualmente comenzar un tratamiento, con bisfosfonatos intravenosos (Aredia® o Zometa®) para el dolor óseo, la hipercalcemia o las complicaciones esqueléticas derivadas de la enfermedad de Paget, el mieloma múltiple o el cáncer metastásico?.....

Fecha de inicio del tratamiento: _____

Alergias — ¿Es usted alérgico o ha tenido alguna reacción a...? Para todas las respuestas afirmativas, especifique el tipo de reacción.

	Sí	No	NS
Anestésicos locales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aspirina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Penicilina o otros antibióticos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Barbitúricos, sedantes o pastillas para dormir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sulfamidas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Codeína o otros narcóticos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Metales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Látex (caucho)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Yodo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fiebre del heno / estacional	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Animales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alimento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otras alergias _____			

	Sí	No	NS
Válvula cardíaca artificial (protésica)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Endocarditis infecciosa previa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Válvulas dañadas en el corazón trasplantado.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cardiopatía congénita (CC)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cardiopatía congénita cianótica no reparada Sin reparar (completamente) en los últimos 6 meses.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cardiopatía congénita reparada con defectos residuales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A excepción de las afecciones enumeradas anteriormente, la profilaxis antibiótica ya no se recomienda para ninguna otra forma de cardiopatía congénita.

	Sí	No	NS
Enfermedad cardiovascular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Angina de pecho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arteriosclerosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Insuficiencia cardíaca congestive	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Válvulas cardíacas dañadas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infarto de miocardio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soplo cardíaco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prolapso de la válvula mitral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Marcapasos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Presión arterial baja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hipertensión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otros defectos cardíacos congénitos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fiebre reumática	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cardiopatía reumática	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sangrado anormal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Transfusión de sangre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En caso afirmativo, fecha: _____			
Hemofilia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SIDA o infección por VIH	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Artritis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
COVID-19	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Información médica *Por favor, marque con una (X) su respuesta.*

	Sí	No	NS		Sí	No	NS
¿Fumas marihuana?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor torácico con el esfuerzo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si es así, ¿con qué frecuencia? _____				Dolor crónico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Consumes comestibles, aceites de THC o CBD?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabetes tipo I o II	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si es así, ¿con qué frecuencia? _____				Trastorno alimentario	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Consume sustancias controladas (drogas)?....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Desnutrición	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Alguna vez has sido adicto a las drogas?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad gastrointestinal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(incluyendo las drogas recreativas)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Reflujo gastroesofágico/Acidez			
En caso afirmativo, por favor, enumere los medicamentos:				estomacal persistente.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____				Úlceras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Alguna vez has estado en tratamiento				Problemas tiroideos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
por adicción?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Especificar: _____			
Tabaco (fumar, rapé, tabaco de mascar,				Embolio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
cigarrillos electrónicos)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Glaucoma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si es así, ¿cuánto? _____				Tendencia a la formación de moretones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si es así, ¿qué tan interesado está en dejarlo? _____				Enfermedad hepática / Ictericia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(Circule uno) Muy / Algo / No interesado				Hemofilia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Bebes bebidas alcohólicas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad de transmisión sexual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En caso afirmativo, ¿cuánto alcohol bebió en				Enfermedad venérea (Sífilis, Gonorrea)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
las últimas 24 horas? _____				Hepatitis, ictericia o enfermedad hepática	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si es así, ¿cuánto suele beber a la semana? _____				Epilepsia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Alguna vez has tenido una mala experiencia				Desmayos o convulsiones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
en el consultorio dental?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trastornos neurológicos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Ha sido paciente en el hospital durante				En caso afirmativo, especifique: _____			
los últimos dos años?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trastorno del sueño / Apnea del sueño	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Ha perdido o ganado más de 10 libras en				Sudores nocturnos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
el último año?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Osteoporosis/Osteopenia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Alguna vez se despierta con falta de aire?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ganglios linfáticos persistentemente inflamados			
Enfermedad autoinmune	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	en el cuello	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Especificar: _____				Dolores de cabeza intensos/migrañas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Artritis reumatoide	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pérdida de peso severa o rápida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lupus eritematoso sistémico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Herpes labial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad de células falciformes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bronquitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Audífono	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
EPOC/Enfisema	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Problemas sinusales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Solo para mujeres — ¿Está usted:			
Tuberculosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Embarazada?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Alguna vez su médico le ha dicho que tiene				Número de semanas: _____			
cáncer o un tumor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tomando píldoras anticonceptivas o terapia			
Especifique: _____				de reemplazo hormonal?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cáncer/Quimioterapia/Tratamiento con radiación...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Amamantando?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mastectomía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Lado: _____							
Lumpectomía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Lado: _____							
Linfadenectomía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Lado: _____							

¿Algún médico o dentista anterior le ha recomendado tomar antibióticos antes de su tratamiento dental?

Nombre del médico o dentista que hizo la recomendación: _____ Teléfono: _____

¿Padece alguna enfermedad, afección o problema no mencionado anteriormente que considere que yo deba conocer?..

Por favor, explique:

Nombre _____ Fecha de Nacimiento _____

Información médica *Por favor, marque con una (X) su respuesta.*

¿Quién es su médico de cabecera? _____

Sí No NS

¿Se encuentra actualmente bajo tratamiento médico por alguna afección?

Nombre del médico: _____ Número de teléfono: _____

Dirección/Ciudad/Estado/Código postal _____

¿Cuenta con cobertura médica de Kaiser?

¿Cuál es su número de Kaiser? _____

¿A qué farmacia desea que se envíen sus recetas? _____

Esta usted bien de salud?.....

¿Ha sufrido accidentes o lesiones recientes?

¿Ha habido algún cambio en su estado de salud general durante el último año?

En caso afirmativo, ¿qué afección se está tratando? _____

Fecha de su último examen físico: _____

Estatura: _____ Peso: _____

Sí No NS

¿Ha padecido alguna enfermedad grave, se ha sometido a alguna operación o ha sido hospitalizado en los últimos 5 años?

En caso afirmativo, ¿cuál es la enfermedad o el problema?

¿Está tomando o ha tomado recientemente algún medicamento, ya sea con receta médica o de venta libre?

En caso afirmativo, por favor enumere todos los medicamentos, incluyendo medicamentos, vitaminas, remedios naturales o a base de hierbas, y/o suplementos dietéticos. Por favor, incluya las dosis de todos los medicamentos.

