

# FORMULARIO DE INFORMACIÓN DEL PACIENTE

(PAGINA 1 DE 4)

Por favor complete este formulario lo mejor que pueda, hagáenos saber si hay alguna pregunta.

## CUÉNTANOS UN POCO SOBRE TI

Nombre y apellido del paciente		Apodo o nombre preferido	
Sexo:	M    F	Estado Familiar:	Soltero(a)    Casado(a)
Fecha de nacimiento		Número de seguro social	

## FORMA DE CONTACTARTE

Domicilio	Ciudad	Estado	Código Postal
Teléfono del hogar	Teléfono del trabajo	Celular	
Correo electrónico	Mejor lugar de contactarlo:	Hogar	Celular
		Trabajo	Correo electrónico

## HABLEMOS SOBRE LA CITA DE HOY

Motivo de la visita de hoy		
Como escuchaste de nosotros:	Referido por:	
Contacto de emergencia	Relación	Número de teléfono

## HISTORIAL DENTAL

Nombre de su dentista general	Teléfono del dentista
Otro especialista dental	Teléfono del especialista
Fecha de ultimo examen dental	Eres propenso al herpes labial, ampollas o úlceras en labios o boca
	Si    No

FORMULARIO DE INFORMACIÓN DEL PACIENTE (PAGINA 2 DE 4)

**RESPONSABILIDAD FINANCIERA  
(OMITIR SI EL PACIENTE ES EL ÚNICO RESPONSABLE)**

Nombre de la persona responsable de esta cuenta

Relación

Domicilio (si es diferente)

Teléfono del hogar

Teléfono del trabajo

Celular

Fecha de nacimiento

Número de seguro social

**SEGURO DENTAL**

Nombre del suscriptor

Relación con el paciente

Fecha de nacimiento

Compañía de seguro

Número de la compañía de seguro

Numero de ID del miembro/suscriptor

Numero de plan/grupo

Dirección de reclamaciones del seguro

Empleador

Escuela del suscriptor

Domicilio

Ciudad

Estado

Código Postal

**SEGURO MÉDICO  
(OMITA SI ESTÁ PROPORCIONANDO UNA TARJETA DE SEGURO)**

Nombre del asegurado

Relación

Fecha de nacimiento

Nombre del plan de seguro

Número de la compañía de seguro

Numero de ID del miembro/suscriptor

Numero de plan/grupo

Dirección de reclamaciones del seguro

**HISTORIAL MÉDICA**

Tu médico de atención primario \_\_\_\_\_

Teléfono de oficina \_\_\_\_\_

Fecha de ultimo examen médico \_\_\_\_\_

Marca si has sido hospitalizado. Favor de explicar: \_\_\_\_\_

Marca si has tomado medicamentos para la osteoporosis o cancer del hueso. Favor de explicar: \_\_\_\_\_

Marca si has recibido quimioterapia o radioterapia. Favor de explicar: \_\_\_\_\_

Marca si estas embarazada/tratando de quedar embarazada/amamantamiento. Favor de explicar: \_\_\_\_\_

**MARCA SI TIENES O ESTÁS SIENDO TRATADO PARA LAS SIGUIENTES CONDICIONES:**

Asma	Enfermedad del riñón	Arthritis & reumatismo
Bronquitis/Tos persistente	Enfermedad del hígado	Articulaciones artificiales
Sinusitis	Cancer	Defectos de nacimiento
Dificultad para respirar	Quimioterapia	Limitación de movilidad
Tuberculosis	Problemas de tiroides	Condiciones de la piel/ronchas etc.
Enfermedad respiratoria/ problemas pulmonares	Diabetes	Enfermedad sanguínea
Apnea del sueño/uso de CPAP	Inmunodeficiencia	Hepatitis tipo _____
Marcapasos	Epilepsia/convulsiones	Desorden alimenticio
Ataque al corazón	Desmayos/mareos	Dependencia del alcohol
Problemas cardíacos	Asistencia psiquiátrica	Dependencia de drogas
Anemia	Condición de ojo	Uso de tabaco
Soplo cardíaco	Derrame cerebral	Infecciones crónicas
Dolor de pecho/angina	Condiciones de la memoria/cerebro	Limitaciones de autocuidado
Presión sanguínea alta	Concusión	HIV/SIDA

\_\_\_\_\_

Cuáles medicamentos y prescripciones que está actualmente tomando

\_\_\_\_\_

¿Tienes alergias?

Eres usuario de      Cigarro/Tabaco      Vape      Alcohol      Drogas y sustancias

FORMULARIO DE INFORMACIÓN DEL PACIENTE (PAGINA 4 DE 4)

**FARMACIA Y PROVEEDORES CORRESPONDIENTES**

Nombre de farmacia

Teléfono

Dirección

Doctores o proveedores coordinadores (si los hay)

Teléfono

**ESTAS POR TERMINAR!**

Entiendo la importancia del historial de salud y reconozco que la información incompleta puede tener un efecto adverso en mi tratamiento. Es de mi consentimiento que la información proporcionada arriba es verdadera y correcta.

Nombre del paciente

Firma del paciente o tutor legal

Fecha

Firma del testigo

Fecha