

Nuestros pacientes también son nuestros amigos y por esta razón nos gustaría obtener más información sobre usted para conocerlo mejor.

A B C

Formulario de datos sobre el paciente

Fecha	Edad	Sexo Masculino / Femenino
Nombre completo del paciente		
Apellido	Nombre	Segundo nombre
Dirección		
Calle	Ciudad	Estado
		Código postal
Teléfono del domicilio	Fecha de nacimiento	Número de seguro
Si el paciente es un menor, nombre completo de los padres o el tutor		
¿A quién podemos agradecer por recomendarlo a nuestro consultorio?		
¿Quién es su dentista de cabecera?	Correo electrónico	

Persona responsable de pagar los gastos del tratamiento

Nombre completo			
Apellido	Nombre	Segundo nombre	Estado Civil
Dirección del domicilio			
Calle	Ciudad	Estado	Código postal
Dirección postal			
Calle	Ciudad	Estado	Código postal
¿Cuánto tiempo lleva viviendo en este domicilio?	Teléfono del domicilio	Teléfono del centro laboral	
Dirección anterior si ha vivido en el domicilio actual por menos de tres años			
Calle	Ciudad	Estado	Código postal
Número de seguro social	Fecha de nacimiento	Relación que tiene con el paciente	
Empleador	Ocupación	Número de años en su empleo o que lleva trabajando	
Nombre completo de su cónyuge			Relación que tiene con el paciente
Apellido	Nombre	Segundo nombre	
Empleador	Ocupación	Número de años en su empleo o que lleva trabajando	
Número de seguro	Fecha de nacimiento	Teléfono del centro laboral	

Datos sobre su seguro de gastos dentales

Nombre del asegurado	
Fecha de nacimiento	Número de seguro social
Compañía aseguradora	
Número de grupo	Número local
Dirección de su compañía aseguradora	
Teléfono de su compañía aseguradora	
YO AUTORIZO EL PAGO DIRECTO A GILBERT H. SNOW, D.D.S. DE LAS PRESTACIONES DEL SEGURO COLECTIVO QUE SE ME PAGARÍAN A MÍ.	
(FIRMA DE LA PERSONA ASEGURADA)	(FECHA)
¿Cuenta con cobertura doble? Sí no Si su respuesta es Sí: Nombre completo del asegurado Fecha de nacimiento Número de seguro social Compañía aseguradora Número de grupo Número local Dirección de su compañía aseguradora Teléfono de su compañía aseguradora	
Porcentaje de cobertura	COMENTARIOS
Fecha de entrada en vigencia	
Periodo de elegibilidad	

Datos sobre la persona con quien podemos comunicarnos en caso de urgencia

Nombre del familiar más cercano que no viva con usted _____
Dirección completa _____
Teléfono _____

Estoy consciente de que puede ser necesario obtener informes sobre mi historial crediticio

Firma del paciente (o de unos de los padres si es menor de edad) _____

Actualización de datos (indique la fecha y ponga sus iniciales) _____

¿Se encuentra el paciente en buen estado de salud? Sí _____ No _____

¿Se encuentra el paciente bajo el cuidado de algún médico? _____

Si este es el caso, por favor explique la razón. _____

¿Está tomando algún medicamento? _____

Si este es el caso, por favor explique la razón. _____

Tiene el paciente antecedentes de: (por favor marque sí o no)

Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No
Resfríos frecuentes	Alergias	Mareos o desmayos	Asma	SIDA	Artritis
Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	
Enfermedades del corazón	Diabetes	Enfermedades de los riñones o el hígado	Tuberculosis	Enfermedades de la sangre	
Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	
Fiebre reumática o cualquier otra enfermedad.	Hepatitis	Traumatismos cerebrales	Epilepsia	Sordera	

¿Le han removido las amígdalas y adenoides? _____

Sí No

¿Ha tomado Phen-Fen o Redux? Si su respuesta es afirmativa, ¿por cuánto tiempo? _____

Por favor marque sí o no si ha padecido los siguientes hábitos:

Sí No	Sí No	Sí No	Sí No
Succionarse el pulgar	Respiración bucal	Rechinar o crujir de dientes	Morderse la lengua
Sí No	Sí No	Sí No	Sí No
Morderse las uñas	Mantener la lengua fuera de la boca	Problemas de pronunciación	Respiración anormal
Sí No	Sí No		

Succionarse la lengua Morderse los labios

¿A qué edad le erupcionó su primer diente? _____

¿Le han extraído dientes a los padres del paciente por causa de apiñamiento? _____

Algún miembro de la familia del paciente sufre de esta condición? _____

¿Cuál es el parentesco con el paciente? _____

Cuando abre o cierra la boca, ¿siente dolor o que sus mandíbulas producen algún ruido? _____

¿Alguna vez ha experimentado una reacción alérgica a algún tipo de tratamiento dental? _____

Proporcione la fecha de su último tratamiento dental: _____

¿Existen otros datos sobre el paciente de los cuales debemos estar informados? _____

Por favor proporcione los nombres, fechas de nacimiento y edades de todos los menores de la familia:

¿Algún miembro de su familia está siendo actualmente atendido por el Dr. Snow?
Por favor proporcione los nombres:

¿Hay algo más que usted considera que el Dr. Snow deba saber sobre este paciente?

Es su obligación informarnos de cualquier cambio en la salud del paciente.

Firma (del padre, si es menor de edad) _____

Para uso exclusivo del consultorio

Fecha:

Iniciales: