



35a Guy Lombardo Ave  
Freeport, NY 11520

**Informacion De Seguro Dental**

Nombre: \_\_\_\_\_  
Nombre Apellido Inicial

Sex:  Hombre  Mujer

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

# De seguro social: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Direccion de Casa: \_\_\_\_\_

Ciudad Estado

Soltero  Casado  Viudo  Separado

EMAIL: \_\_\_\_\_

Tel. Casa# (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Cell #(\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Tel Trab#(\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Otro#(\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

**En Caso De Emergencia**

Con que nos podemos contactar:

Nombre \_\_\_\_\_ Cell \_\_\_\_\_

Plan Dental  Si  No

Nombre de seguro: \_\_\_\_\_

Dueno Del Seguro \_\_\_\_\_

Nombre Apellido

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Numero de Seguro Social \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Informacion de Su Farmacia**

Nombre de Farmacia \_\_\_\_\_

Direccion \_\_\_\_\_

**Informacion del / Esposo o Esposa**

Nombre: \_\_\_\_\_

Tel. Casa# \_\_\_\_\_ Cell # \_\_\_\_\_

**Como escucho de nosotros o quien lo recomendo ? \_\_\_\_\_**

**INPORTANTE DE LEER**

El Pago debe hacerse en su totalidad al momento de recibir el tratamieto a menos que se hayan hecho arreglos previos y estos hayan sido aprobados con anterioridad. Si esta oficina acepta aseguranza, entiendo que soy responsable por el pago de los servicios recibidos asi como por el pago de cualquier CO-PAYMENT o deducible anual que mi seguro no cubra. Por este medio autorizo el pago directo ala oficina dental de los beneficios del grupo de aseguranza que de otro modo me serian pagados. Entiendo que soy responsable por todo el costo del tratamiento dental. Autorizo la entrega de cualquier informcion,incluyendo el diagnostico y los expedientes de tratamiento o examen provistos, a mi compania de seguros

Firma \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

**Historia Medico**

Tiene usd un medico personal? Si  No

Nombre del Medico \_\_\_\_\_

Tel ( ) \_\_\_\_\_

Fecha de su ultima visita \_\_\_\_\_

Su estado de salud es. Buena  Regular  Pobre

Esta tomando alguna medicina? Si  No

\_\_\_\_\_

Esta tomando pastillas anticonceptivas? \_\_\_\_\_

Esta Embarazada? \_\_\_\_\_

Cuantas semanas? \_\_\_\_\_

Esta Lactando? \_\_\_\_\_

**Ha tenido algunas de las siguientes enfermedades**

SI NO Sangrado anormal/Hemofilia.

SI NO Sida

SI NO Alcohol/abuso de drogas

SI NO Anemia

SI NO Atritis

SI NO TIENE QUE SER PREMEDICADO

SI NO Asthma

SI NO Transfusiones de sangre

SI NO Cancer/Quimoterapia

SI NO ALGUN METAL EN SU CUERPO

SI NO Diabetes

SI NO Enfisema

SI NO Epilepcia

SI NO Desmayos

SI NO Dolores de cabeza frecuentes

SI NO Glaucoma

SI NO Fiebre de Heno

SI NO Ataque Cardiaco/Cirurgia

SI NO Soplo del Corazon

SI NO Hepatitis

SI NO Herpes

SI NO Alta Presion

SI NO VIH

SI NO Hospitalizacion

SI NO Problemas de los rinones

SI NO Emfermedad del higado

SI NO Baja Presion

SI NO Lupus

SI NO Marca pasos

SI NO Problemas psiquiatricos

SI NO Derrame Cerebral

SI NO Problemas de Tiroide

SI NO Tuberculosis

SI NO Ulceras

**Historia Dental**

Por que vino al dentista hoy? \_\_\_\_\_

Tiene dolor en este momento? \_\_\_\_\_

Requiere Ud de antibioticos antes del tratamiento dental? SI NO

Utiliza Hilo Dental a diario? \_\_\_\_\_

Se cepilla los dientes diario? \_\_\_\_\_

Que tipo de cerdas utiliza Duras\_\_\_\_ Medianas\_\_\_\_ Suaves\_\_\_\_

Sangran sus encias? \_\_\_\_\_ Le pican? \_\_\_\_\_

Ha sufrido alguna vez de emfermedad Periodonticas? \_\_\_\_\_

Son Sus dientes sencibles al calor, frio, u otra cosa? \_\_\_\_\_

Se mueven sus dientes? \_\_\_\_\_

Tiene Usd todavia sus muelas de juicio? \_\_\_\_\_

Le gustaria tener un aliemto mas fresco? \_\_\_\_\_

Le gustaria tener sus dientes mas blanco? \_\_\_\_\_

**Es ud alergico a cualquiera de las siguientes cosas?**

SI NO Aspirina                      SI NO Anestescicos dentales  
SI NO Codeina                      SI NO Eritromicina  
SI NO Joyas/metales              SI NO Pencilina  
SI NO Latex                          SI NO Tetraciclina  
Otro \_\_\_\_\_

*Entiendo que esta informacion se mantendra en la mas estricta confidencialidad y que es mi responsabilidad informarle a esta oficina de cualquier cambio enmi estado medico.Autorizo, a llevar a cabo cualquier servicio dental que sea necesario durante el diagnostico y tratamiento, con mi Consentimiento.*

\_\_\_\_\_ Firma

\_\_\_\_\_ Date

