



Jeremy J. Larson, DMD LLC
 1090 W Hermiston Ave.
 Hermiston, OR 97838
 (541) 567-8229

¡Gracias por seleccionar nuestra consulta! Nos esforzaremos por prestarle la mejor atención dental posible. Para ayudarnos a satisfacer todas sus necesidades de atención dental, llene completamente este formulario con lápizera de tinta. Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda, consúltenos, con gusto le ayudaremos.

Fecha _____

No. de paciente _____

Información del Paciente

Nombre _____ Fecha de nacimiento _____ Sexo M F

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ P.C. _____

Edad _____ Teléfono particular _____ Teléfono celular _____ No. de seguro social _____

Correo electrónico _____ Preferencia: Particular Celular Correo electrónico

Estado civil Soltero (a) Casado (a) Divorciado (a) Viudo (a) Separado (a)

Empleador del paciente o tutor _____ Teléfono _____

Dirección comercial _____ Ciudad _____ Estado _____ P.C. _____

¿A quién le podemos agradecer por referirlo(a)? _____

Persona de contacto en caso de una emergencia? _____

Parte Responsable

Nombre _____ Fecha de nacimiento _____ Sexo M F

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ P.C. _____

Edad _____ Teléfono particular _____ Teléfono celular _____ No. de seguro social _____

No. de licencia de conducir o identificación _____ Relación al paciente _____

¿Esta persona es actualmente paciente de nuestra consulta? Sí No

Para su comodidad, le ofrecemos los siguientes métodos de pago, marque la opción que prefiera. Pago total es esperado al terminar cada cita.

Efectivo Cheque personal VISA MasterCard Deseo discutir las políticas de pago de la consulta

Información del Seguro

Nombre del asegurado _____ Relación al paciente _____

Fecha de nacimiento _____ No. de seguro social _____ Fecha de empleo _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ P.C. _____

Empleador del paciente o tutor _____ Teléfono _____

Dirección comercial _____ Ciudad _____ Estado _____ P.C. _____

Compañía de seguros _____ No. de grupo _____ Política/No. de identificación _____

Dirección de la compañía de seguros _____ Ciudad _____ Estado _____ P.C. _____

¿Tiene algún seguro adicional? Sí No Si la respuesta es sí, llene lo siguiente:

Seguro adicional

Nombre del asegurado _____ Relación al paciente _____

Fecha de nacimiento _____ No. de seguro social _____ Fecha de empleo _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ P.C. _____

Empleador del paciente o tutor _____ Teléfono _____

Dirección comercial _____ Ciudad _____ Estado _____ P.C. _____

Compañía de seguros _____ No. de grupo _____ Política/No. de identificación _____

Dirección de la compañía de seguros _____ Ciudad _____ Estado _____ P.C. _____

Historia Médica

Medico de cabecera _____ No. de teléfono _____ Fecha de ultimo examen _____

1. ¿Esta bajo tratamiento medico actualmente?..... Sí No
2. ¿Alguna vez ha estado hospitalizado(a) por alguna Cirugia o enfermedad seria en los ultimos 5 años?..... Sí No
Si contesto sí, por favor explique _____
3. ¿Está tomando remedios, medicamentos, medicamentos sin receta (incluyendo aspirina)?..... Sí No
Si contesto sí, qual(es) medicamento(s) está tomando? _____
4. ¿Ha tomado Fen-Phen/Redux?..... Sí No
5. ¿Ha tomado Fosamax, Boniva, Actonel o cualquier medicamento para cancer que contiene bifosfonatos?..... Sí No
6. ¿Ha tomado Viagra, Revatio, Cialis o Levitra en las ultimas 24 horas?..... Sí No
7. ¿Fuma o usa tabaco?..... Sí No
8. ¿Usa drogas de uso recreativo (incluyendo alcohol)?..... Sí No
9. Tiene o ha tenido:

Presión sanguínea alta..... <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Enfermedad del corazón..... <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Dolor de pecho..... <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Infarto de corazón..... <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Marcapasos..... <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Falta de aliento..... <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Fiebre reumática..... <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Soplos en el corazón..... <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Apoplejía..... <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Los tobillos hinchados..... <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Angina..... <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Fiebre de heno / alergias..... <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Desmayos/Convulsiones..... <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Frecuentemente cansado(a).... <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Tuberculosis..... <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Asma..... <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Anemia..... <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Terapia de radiación..... <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Presión sanguínea baja..... <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Enfisema..... <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Glaucoma..... <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Epilepsia..... <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Cancer..... <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Reciente pérdida de peso..... <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Leucemia..... <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Artritis..... <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Enfermedad hepática..... <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Diabetes..... <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Articulación artificial..... <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Enfermedades del corazón..... <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Enfermedades renales..... <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Hepatitis / Ictericia..... <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Problemas respiratorios..... <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
SIDA o VIH..... <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Enfermedades venéreas..... <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Prolapso de la válvula mitral... <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Problema con la tiroides..... <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Problema del estomago (ulcera) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Otro(a)..... <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
10. ¿Usa lentes de contacto?..... Sí No
11. ¿Es alérgico(a) o ha tenido alguna reacción a los siguientes?

Anestésicos locales (e.g. Novocaína)..... <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Penicilina o otro Antibiótico <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Sulfa <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Barbitúricos <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Sedantes <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Yodo <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Aspirina..... <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Algun metal (e.g. níquel, mercurio, etc.)..... <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Caucho de látex <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Otra cosa (por favor escriba)..... <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
12. ¿Tiene o ha tenido tos persistente or carraspeo que no sea debido a una enfermedad (que dure mas the 3 semanas)?..... Sí No
13. **Sólo para mujeres:**

a) ¿Está o podría estar emarazada?..... <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
b) ¿Está dando pecho? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
c) ¿Está tomando pastillas anticonceptivas?..... <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Historia Dental

Nombre de su dentista anterior _____ Fecha de su ultimo examen _____

1. ¿Le sangran las encías con el cepillo o hilo dental?..... Sí No
2. ¿Tiene sensibilidad a las comidas o bebidas frias/calientes? Sí No
3. ¿Tiene sensibilidad a las comidas o bebidas dulces/agrias?. Sí No
4. ¿Tiene dolor en alguno de sus dientes?.....
tenido problemas con extracciones dificiles
5. ¿Tiene llagadas en o cerca a su boca?..... Sí No
6. ¿Ha tenido alguna lesion en la cabeza, cuello o mandíbula?. Sí No
7. ¿Alguna vez a tenido alguno(s) de los siguientes problemas en la mandíbula?

Clic..... <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Dolor (articulación, oreja, lado de la cara)..... <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Dificultad al abrir o cerrar..... <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Dificultad al masticar..... <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
8. ¿Tiene dolores de cabeza frecuentemente?..... Sí No
9. ¿Aprieta o muele sus dientes?..... Sí No
10. ¿Se muerde los labios o mejillas frecuentemente? Sí No
11. ¿Ha
en el pasado?..... Sí No
12. ¿Ha tenido sangrado prolongado despues de alguna extraccion?..... Sí No
13. ¿Ha tenido tratamiento de ortodoncia?..... Sí No
14. ¿Usa dentadura o prótesis parcial?..... Sí No
Si la respuesta es sí, fecha de colocación _____
15. ¿Ha recibido instrucciones de higiene oral con respecto a el cuidado de sus dientes o encías?.. Sí No
16. ¿Le gusta su sonrisa?..... Sí No

Authorization para divulgar o compartir datos

Que yo sepa, he respondido completamente y correctamente todas las preguntas. Entiendo que proporcionar informacion incorrecta puede ser peligroso para mi salud. Entiendo que es mi responsabilidad informarle al dentista si hay algún cambio en mi salud y/o en los medicamentos que tomo. Autorizo que el dentista y/o su personal proporcione mi informacion (incluyendo el diagnosis y los archivos) de cualquier tratamiento o exámenes prestados durante mi cuidado dental, a personas terceras (pagadores y/o otros profesionales médicos). Autorizo y pido que mi compañía de seguros pague cualquier beneficio debido a mi, directamente a el consultorio del dentista. Entiendo que mi compañía de seguros puede pagar menos que la cantidad en la factura y estoy de acuerdo en ser responsable por el pago de todos los cargos por servicios proporcionados a mi o mis dependientes.

X
Firma del Paciente (o padre(madre)/tutor si el paciente es menor de edad)

Fecha

Comentarios del Doctor: _____
