

# Cristina Sosa Anderson, D.D.S., Dental Worx

## Bienvenidos

Fecha \_\_\_\_\_

### Informacion Sobre el Paciente (Confidencial)

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Telefono de casa \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_  
Direccion \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Codigo Postal \_\_\_\_\_  
Numero de seguro social \_\_\_\_\_  
Marque la casilla apropiada  Menor  Soltero  Casado  Divorciado  Viudo  Separado  
Empleador del paciente \_\_\_\_\_ Telefono de trabajo \_\_\_\_\_  
Direccion del negocio \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Codigo Postal \_\_\_\_\_  
Nombre de la esposa/o \_\_\_\_\_ Empleador \_\_\_\_\_ Telefono del trabajo \_\_\_\_\_  
A quien debemos agradecer que nos la haya referido? \_\_\_\_\_  
Persona a quien debemos avisar en caso de emergencia \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_

### Persona Responsable

Nombre de la persona responsable de esta cuenta \_\_\_\_\_ Parentesco al paciente \_\_\_\_\_  
Direccion \_\_\_\_\_ Telefono de la casa \_\_\_\_\_  
No. de la licencia de manejar \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_  
Empleador \_\_\_\_\_ Telefono del trabajo \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
Es esta persona actualmente un paciente de nuestra oficina?  Si  No

### Informacion Sobre el Seguro

Nombre del Asegurado \_\_\_\_\_ Parentesco al paciente \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Numero de seguro social \_\_\_\_\_ Fecha en que fue empleado \_\_\_\_\_  
Nombre del empleador \_\_\_\_\_ Telefono del trabajo \_\_\_\_\_  
Direccion del Empleador \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Codigo Postal \_\_\_\_\_  
Nombre de la aseguranza \_\_\_\_\_ Numero del grupo \_\_\_\_\_ Numero de poliza \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_  
Direccion de la aseguranza \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Codigo Postal \_\_\_\_\_  
¿Tiene usted algun seguro adicional?  Si  No

### Historia Dental del Paciente

Nombre del ultimo dentista \_\_\_\_\_ Fecha del ultimo examen \_\_\_\_\_

	Si	No		Si	No
1. ¿Sangran las encias cuando se cepilla o usa hilo dental?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7. ¿Aprieta o muele los dientes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Son sus dientes sensibles a frio o caliente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8. ¿Ha tenido extracciones dificiles?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Son sus dientes sensibles a alimentos Acidos o dulces?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9. ¿Ha sangrado prolongadamente despues de una extraccion?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Siente dolor en algun diente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10. ¿Ha tenido tratamiento por un ortodoncista?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ¿Ha tenido heridas a la quijada?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	11. ¿Tiene usted dentadura postiza o parciales?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ¿Ha tenido algun problema en la quijada?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	12. ¿Ha recibido instrucciones higienicas sobre el cuidado de los dientes o las encillas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Describa _____			13. ¿Ha tenido trabajo dental con sedacion?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>