

Historia Dental Del Paciente

SI NO

- 1. ¿Le sangran las encías cuando se cepilla los dientes o usa hilo dental?
- 2. ¿Son sus dientes sensibles a líquidos o alimentos fríos o calientes?
- 3. ¿Son sus dientes sensibles a líquidos o alimentos dulces o ácidos?
- 4. ¿Siente dolor en alguno de los dientes?
- 5. ¿Tiene alguna herida o abultamiento en o alrededor de la boca?
- 6. ¿Ha sufrido alguna vez una lesión en la cabeza, en el cuello o en la mandíbula?
- 7. ¿Alguna vez ha padecido de alguno de los siguientes problemas en la mandíbula?
 - a) ¿Ruidos ligeros?
 - b) ¿Dolor en la articulación, el oído, o en el lado de la cara?
 - c) ¿Dificultad al abrir o cerrar la boca?
 - d) ¿Dificultad al masticar?

SI NO

- 8. ¿Padece usted de dolores de cabeza frecuentes?
- 9. ¿Aprieta o cruje los dientes?
- 10. ¿Se muerde los labios o el interior de las mejillas con frecuencia?
- 11. ¿Ha sufrido extracciones difíciles en el pasado?
- 12. ¿Ha sangrado prolongadamente después de una extracción?
- 13. ¿Ha tenido dificultad en el pasado al anestesiarse en una oficina dental?
- 14. ¿Se le ha practicado algún trabajo de ortodoncia?
- 15. ¿Ha recibido instrucción sobre el método correcto de cepiliarse los dientes?

Alguien que no vive con usted para notificar en caso de una emergencia

Apellido

Nombre

Teléfono

¿A quién podemos agradecer por referirlo a nuestra oficina?

Apellido

Nombre

Consentimiento Del Paciente

FIRMA:

Paciente, Madre/Padre, o Responsable

Fecha

Autorizo al dentista a realizar procedimientos de diagnóstico y tratamiento como puede ser necesario para el cuidado dental apropiado. Autorizo el uso de cualquier información referente a mí (o mi niño) cuidado médico, consejo y tratamiento proporcionado con el fin de evaluar y de administrar las demandas de beneficios de seguro. Autorizo el uso de cualquier información referente a mí (o mi niño) cuidado médico, consejo y tratamiento con otro dentista. Autorizo por este medio el pago de beneficios de seguro directamente al dentista, y no pagadero a mí. Entiendo que mi portador de seguro médico dental puede pagar menos que la cuenta real de servicios. Entiendo que soy financieramente responsable por pagos completos de todas las cuentas. Firmando esta declaración, revoco todos los acuerdos anteriores por lo contrario y acuerdo ser responsable del pago de los servicios no pagados, en entero o en parte por mi seguro dental. Atestigo a la exactitud de la información en esta página.

Comentario Del Dentista

Firma del Dentista

Fecha