



# All Care Family Dental

Nos complace darle la bienvenida a nuestra práctica. Por favor tómese unos minutos para llenar este formulario completamente. Si usted tiene alguna pregunta estaremos encantados de ayudarle. Esperamos con interés trabajar con usted en el mantenimiento de su salud dental.

## La Información del Paciente

Fecha: \_\_\_\_\_ Teléfono de Casa (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Teléfono Celular (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
 Nombre: \_\_\_\_\_ No. de Seguro Social: \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_ Dirección de Correo Electrónico \_\_\_\_\_  
 Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_  
 Sexo: \_\_\_M\_\_\_F Edad: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_Soltero(a) \_\_\_Casado(a) \_\_\_Viudo(a) \_\_\_Separado(a) \_\_\_Divorciado(a)  
 ¿A quién podemos agradecer por habernos referido a Ud.? \_\_\_\_\_  
 ¿En caso de emergencia, a quién se deberá notificar? \_\_\_\_\_

## Seguro Primario

¿Quién es responsable por esta cuenta?: \_\_\_\_\_  
 Relación del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_ No. de Seguro Social: \_\_\_\_\_  
 Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_  
 Empleado(a) por: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_  
 Dirección del Empleador: \_\_\_\_\_ Teléfono del Empleador : (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
 Compañía Aseguradora: \_\_\_\_\_ Grupo Número: \_\_\_\_\_

## Actualización de la Historia Clínica

Motivo de la visita de hoy: \_\_\_\_\_  
 Fecha de la última Visita al Dentista: \_\_\_\_\_ Ex Dentista: \_\_\_\_\_  
 Fecha de la última Radiografía Dental: \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_  
 ¿Ha tenido alguno de los siguientes?: \_\_\_Mal Aliento \_\_\_Rechinar  
 \_\_\_Sensibilidad al Calor \_\_\_Sangrado de las Encías \_\_\_Dientes Flojos o Empastes Rotos  
 \_\_\_La Sensibilidad a los Dulces \_\_\_Clic o Chasquidos \_\_\_Tratamiento Periodontal  
 \_\_\_Cuando la Sensibilidad Morder \_\_\_Recogida de Alimentos Entre los Dientes  
 \_\_\_Sensibilidad al Frío \_\_\_Llagas o Crecimiento en la Boca  
 ¿Con qué frecuencia usa el hilo dental? \_\_\_\_\_  
 ¿Con qué frecuencia se cepilla los dientes? \_\_\_\_\_