

Greenbelt Smiles

Dra. Martha Bustillo & Dra. Ashley Featherston

*Bienvenido a nuestra oficina! Para asistirlo mejor, por favor complete el formulario confidencial.
La informacion proveida es importante para su salud dental.*

Nombre del Paciente _____ Nombre preferido _____ Fecha de Nacimiento _____

Menor de 18 años nombre de padre _____ Fecha de nacimiento _____ SS# _____

Tel. casa: _____ Tel. celular: _____ Tel. trabajo _____

Email: _____ Me gustaría recibir correspondencias via email, o texto? _____

EN CASO DE EMERGENCIA CONTACTAR A : _____ Número de tel: _____

Direccion _____ Ciudad _____ Estado _____ Codigo postal _____

Nombre de escuela o colegio: _____ Ciudad _____ Estado _____ Full time Part time

Empleador _____ Ocupasion _____

Nombre de esposo (a) _____ Empleador _____ Soltero

Cómo se entero de nuestra oficina? _____

INFORMACION DE FACTURACION Y SEGURO:

NO TENGO COVERTURA DENTAL

Nombre de asegurado: _____ Parentesco: _____

Fecha de nacimiento: _____ Nombre de empleador: _____ Numero de ID: _____

Numero de grupo: _____ SS# _____ Compania de la aseguranza: _____

Tiene covertura dental adicional? Si No **Esta persona es paciente de nuestra oficina?**

Nombre de asegurado: _____ Parentesco: _____

Fecha de nacimiento: _____ Nombre de empleador: _____ Numero de ID: _____

Numero de grupo: _____ SS# _____ Compania de la seguridad: _____

HISTORIA DENTAL

- | SI | No |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Eres aprensivo al tratamiento dental? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Ha tenido problemas previos con tratamiento dental? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Usa dentadura/ parciales postiza? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Quedan alimentos atrapados entre los dientes? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Tiene usted actualmente dolor? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Alguna vez a tenido tratamiento de las encias? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Le sangran las encías? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Le sangran las encías al usar hilo dental? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Sus encias se sienten hinchadas o sensibles? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Toma suplementos de fluoruro? |
- Siente punzadas de dolor cuando los dientes entran en contacto con:
- | | |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Liquido o comida caliente? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Liquido o comida fria? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Acida? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Dulce? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Alguna vez a notado llagas lentas de curar en o al rederor de su boca ? |

- | SI | NO |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Se muerde los labios o mejillas con frecuencia? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Le duele al masticar, abrir o morder? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Tiene ahora o ha tenido cualquier dolor o molestia en a articulacion de la mandibula? (TMJ) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Rechina o aprieta los dientes? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Su mandibula hace ruido que le molesta |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Su mandibula se queda atorado? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Tiene sintoma de la madibula o dolor de cabeza? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Alguna vez ha tenido algun sangramiento prolongado despues de una extracciones? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Alguna vez a notado llagas lentas de curar en o al rederor de su boca ? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Esta satisfecho con la apariencia de sus dientes? |

Cuántas veces usted se sepilla los dientes? _____

Cuántas veces usted usa el hilo dental? _____

Tiene usted alguna enfermedad, condicion o problema no mencionado? _____

Por favor agregue algo mas que le gustaria que supieramos a serca de usted. _____