



CHAMPIONSHIP —D—E—N—T—A—L—

1 INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha _____
Nombre _____ Sexo: M F
Fecha de Nacimiento _____
Dirección _____
Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
Soltero Casado Viudo Separado Divorciado
Seguro Social# _____
Lugar de empleo _____
Teléfono del trabajo _____
Nombre de esposo(a) _____
Fecha de Nacimiento _____ SS# _____
Lugar de empleo de esposo(a) _____
Referido Por _____

2 SEGURO DENTAL

Nombre de miembro _____
Relación a Paciente _____
Miembro Seguro Social# _____
Fecha de Nacimiento _____
Seguro primario _____
Grupo# _____
Seguro secundario _____
Grupo# _____

ASIGNACION Y CONSENTIMIENTO

Yo, certifico que yo (o mi dependiente) tenemos cobertura de seguro y asigno directamente a la Dra. Marisol Vargas todos los beneficios del seguro. Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos ya sea que los pague o no el seguro. Por la presente, autorizo al dentista a divulgar toda la información necesaria para garantizar el pago de los beneficios. Autorizo el uso de esta firma en todos los envíos de seguros.

Firma del responsable

Relación

Fecha

3 NÚMERO DE TELÉFONOS

Celular _____ Casa _____ Correo electrónico _____

EN CASO DE EMERGENCIA, CONTACTE (especifique a alguien que no viva en su hogar)

Nombre _____ Relacion _____ Telefono _____

RAZÓN POR LA VISITA HOY:

<h2 style="margin: 0;">4 MEDICAMENTOS</h2> <p>Apunte los medicamentos que está tomando: _____ _____ _____ _____</p> <p>Nombre de farmacia _____ Teléfono _____</p>	<h2 style="margin: 0;">5 ALERGIAS</h2> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Aspirina</td> <td><input type="checkbox"/> Látex</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Barbitúricos (pastillas para dormir)</td> <td><input type="checkbox"/> Anestesia local</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Penicilina</td> <td><input type="checkbox"/> Sulfa</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Codeína</td> <td><input type="checkbox"/> Otro _____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Yodo</td> <td><input type="checkbox"/> Ninguna</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> Aspirina	<input type="checkbox"/> Látex	<input type="checkbox"/> Barbitúricos (pastillas para dormir)	<input type="checkbox"/> Anestesia local	<input type="checkbox"/> Penicilina	<input type="checkbox"/> Sulfa	<input type="checkbox"/> Codeína	<input type="checkbox"/> Otro _____	<input type="checkbox"/> Yodo	<input type="checkbox"/> Ninguna
<input type="checkbox"/> Aspirina	<input type="checkbox"/> Látex										
<input type="checkbox"/> Barbitúricos (pastillas para dormir)	<input type="checkbox"/> Anestesia local										
<input type="checkbox"/> Penicilina	<input type="checkbox"/> Sulfa										
<input type="checkbox"/> Codeína	<input type="checkbox"/> Otro _____										
<input type="checkbox"/> Yodo	<input type="checkbox"/> Ninguna										

<h2 style="margin: 0;">6 HISTORIA DE SALUD</h2>			
Nombre de Medico _____ Teléfono _____ Fecha de última visita _____			
Por Favor marca "Sí" o "No" para indicar si ha tenido alguno de los siguientes:			
Sida/VIH <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	Derrame cerebral <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	Tratamiento con Cortisona <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	Embarazada <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N
Herpes <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	Asma <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	Diabetes <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	Ulcerá <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N
Sangrado Anormal <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	Enfisema/COPD <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	Hepatitis <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	
Anemia <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	Enfermedad Respiratoria <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	Enfermedad de Riñón <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	
Enfermedad de Sangre <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	Falta de aliento <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	Enfermedad del Hígado <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	
Problemas Circulatorios <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	Tuberculosis <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	Epilepsia/Convulsión <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	
Angina <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	Problemas sinusales <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	Desmayos/Mareos <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	
Problemas Cardíacos <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	Problemas de Espalda <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	Glaucoma <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	
Soplo Cardíaco <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	Cáncer <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	Dolores de Cabeza <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	
Alta Presión <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	Quimioterapia <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	Nerviosismo <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	
Presión Baja <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	Tratamiento de Radiación <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	Cuidado Psiquiátrico <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	
Marcapasos <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	Tumor <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	Glándulas de cuello Hinchadas <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	
Ataque al corazón <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	Artritis <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	Tiroides/Paratiroides <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	
SI HA MARCADO SI A ALGUNO DE LOS ANTERIORES, EXPLIQUE POR FAVOR: _____ _____ _____ _____			

<h2 style="margin: 0;">7 HISTORIA DENTAL</h2>			
Fecha de la última visita dental: _____ Fecha de las últimas radiografías _____			
Por favor marca "Sí" o "No" para indicar si ha tenido alguno de los siguientes:			
Mal aliento de la boca <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	Estallando la mandíbula <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	Morderse los labios/mejillas <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N
Sangrado de las encías <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	Boca ceca <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	Respiración por la boca <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N
Ampollas en labios/boca <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	Morderse las uñas <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	Dolor de boca <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N
Ardor en la lengua <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	Rechinar los dientes <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	Tratamiento de ortodoncia (frenos) <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N
Mastica solo por un lado <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	Encías hinchadas/tiernas <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	Dolor alrededor del oído <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N
Dolor/cansancio de mandíbula <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	Sensibilidad al frío/caliente <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	Consumo de tabaco/alcohol <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N