



Gentle Family & Implant Dentistry of Laredo

Rolando A. Guerra, Jr. DDS & Associates
5904 West Drive, Suite 9
Laredo, Texas 78041
Telephone: (956) 726 9418 | Fax: (956) 729 7654

www.GentleLaredoDentist.com

Fecha _____ Teléfono de casa _____

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre y apellido _____ Soc. Sec. # - -

Correo electrónico _____ Teléfono Celular _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Sexo: M F Edad _____ Fecha de Nacimiento _____ Estado Civil: Soltero/a Casado/a Separado Divorciado

Lugar de trabajo _____ Ocupación _____

Dirección de trabajo _____ Numero de teléfono _____

En caso de emergencia a quien podemos notificarle? _____ Numero de teléfono _____

INFORMACIÓN DEL SEGURO

SELECCIONE SI NO TIENE SEGURO DENTAL

SELECCIONE SI TIENE MEDICAID

Nombre del asegurado _____

Relación al paciente _____ Fecha de nacimiento _____ Soc. Sec. # - -

Lugar de trabajo _____ Dirección _____ Numero de teléfono _____

Nombre de la compañía de seguros _____ # de póliza _____ # de Grupo _____

Dirección de la compañía de seguros _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

INFORMACIÓN ADICIONAL DE SEGURO

Tiene el paciente Cobertura de seguro adicional? Si No

Nombre del asegurado _____ Relación al paciente _____

Fecha de nacimiento _____ Numero de póliza _____ Soc. Sec. # - -

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Codigo postal _____

Numero de grupo _____ Nombre de personas activas en la póliza _____

INFORMACIÓN ADICIONAL DE SEGURO

Yo _____ certifico que tengo conocimiento de la cobertura de mi seguro dental _____

y doy mi consentimiento al Dr. _____, de realizar todos los procedimientos necesarios. En caso de que el

pago sea enviado a mi persona, me responsabilizo de liquidar todos los cargos pendientes, o no cubiertos por la compañía de seguro. Yo

apruebo al Dr. _____, de proporcionar la información necesaria para cubrir las cláusulas de mi póliza de

seguro, y autorizo el uso de esta girma en todos los reclamos dirigidos a mi compañía de seguro.

Firma de asegurado responsable

Fecha

HISTORIA DENTAL

Razón de su visita? _____

Nombre de su dentista _____

Fecha de su última visita dental _____ Fecha de su ultima rafdiografia _____

Marque (✓) si ha tenido algún problema con los siguientes:

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Mal aliento | <input type="checkbox"/> Rechina los dientes | <input type="checkbox"/> Sensibilidad al calor |
| <input type="checkbox"/> Sangrado de encias | <input type="checkbox"/> Empastes / Perdida de dientes | <input type="checkbox"/> Sensibilidad al dulce |
| <input type="checkbox"/> Crujido de quijada | <input type="checkbox"/> Dientes fracturados | <input type="checkbox"/> Sensibilidad al frio |
| <input type="checkbox"/> Dolor al masticar | <input type="checkbox"/> Retiene comida entre los dientes | <input type="checkbox"/> Tratamiento periodontal |
| <input type="checkbox"/> Ulceras o anomalías en la boca | | |

Cuantas veces utiliza el hilo dental? _____ Cuantas veces al día se cepilla los dientes _____

HISTORIA MÉDICA

Nombre de su Medico _____ Fecha de última visita _____

Hay alguna condición medica seria, o reciente operacion? _____ Favor de indicar la fecha _____

Hay historia de transfusion de sangre? Si No, indique la fecha de la transfusión _____

(Mujeres) Esta embarazada? Si No Está dando pecho? Si No Está tomando pastillas de control natalidad? Si No

Verifique (✓) si tiene alguna de las siguientes:

- | | | | |
|--|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> HIV / Sida | <input type="checkbox"/> TRATAMIENTO DE CORTISONA | <input type="checkbox"/> HEPATITIS A/B/C | <input type="checkbox"/> ALTA/BAJA PRESION SANGUINEA |
| <input type="checkbox"/> ANEMÍA | <input type="checkbox"/> TOSFERINA | <input type="checkbox"/> FIEBRE TIFOIDEA | <input type="checkbox"/> FALTA DE OXIGENO |
| <input type="checkbox"/> DIABETES | <input type="checkbox"/> VALVULA DE CORAZON | <input type="checkbox"/> UTRICARIA | <input type="checkbox"/> ARTICULACIONES ARTIFICIALES |
| <input type="checkbox"/> EPILEPSIA | <input type="checkbox"/> PROBLEMA DE RIÑON | <input type="checkbox"/> EMBOLIA | <input type="checkbox"/> DESMAYOS |
| <input type="checkbox"/> HINCHAZON DE PIE | <input type="checkbox"/> PROBLEMA DE HIGADO | <input type="checkbox"/> DOLOR DE ESPALDA | <input type="checkbox"/> PROBLEMAS DE TIROIDES |
| <input type="checkbox"/> DOLOR DE CABEZA | <input type="checkbox"/> NERVIOSISMO | <input type="checkbox"/> PROBLENAS DE SANGRADO | <input type="checkbox"/> MASTICA TABACO |
| <input type="checkbox"/> HEMOFILIA | <input type="checkbox"/> CANCER-TIPO | <input type="checkbox"/> SOPLO DE CORAZON | <input type="checkbox"/> MARCAPASO |
| <input type="checkbox"/> AMIGDALITIS | <input type="checkbox"/> LEUCEMIA | <input type="checkbox"/> DEPENDENCIA DE | <input type="checkbox"/> PROBLEMAS DE CORAZON |
| <input type="checkbox"/> TUBERCULOSIS | <input type="checkbox"/> PROBLEMAS PSIQUIATRICOS | <input type="checkbox"/> SUSTANCIA QUIMICA | <input type="checkbox"/> PARALISIS CEREBRAL |
| <input type="checkbox"/> CONVULSIONES | <input type="checkbox"/> PROBLEMAS CIRCULATORIOS | <input type="checkbox"/> QUIMIOTERAPIA / RADIACION | <input type="checkbox"/> RETRASO MENTAL |
| <input type="checkbox"/> PAPERAS | <input type="checkbox"/> ULCERAS DE LA BOCA | <input type="checkbox"/> SARAMPION | <input type="checkbox"/> PROBLEMAS AUDITIVOS |
| <input type="checkbox"/> EMBARAZO | <input type="checkbox"/> CIRUGIAS | <input type="checkbox"/> PROBLEMAS NUTRICIONALES | <input type="checkbox"/> ENFERMEDAD VENEREA |
| <input type="checkbox"/> FIEBRE REUMATICA | <input type="checkbox"/> DOLOR MANDIBULA | <input type="checkbox"/> SINDROME | <input type="checkbox"/> GLAUCOMA |
| <input type="checkbox"/> ARTRITIS/REUMATISMO | <input type="checkbox"/> ASMA | | |

MEDICAMENTOS

ANOTE LA LISTA DE MEDICAMENTOS QUE ESTE TOMANDO:

Nombre de Pharmacia _____

Teléfono _____

ALERGIAS

- | | |
|-------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> ASPIRINA | <input type="checkbox"/> CODEINA |
| <input type="checkbox"/> PENICILINA | <input type="checkbox"/> ANESTESIA LOCAL |
| <input type="checkbox"/> SULFAMIDAS | <input type="checkbox"/> OTRA _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

FIRMA DEL PACIENTE

Entiendo que la información que he proporcionado es correcta y se mantendrá confidencialmente. Así mismo es mi responsabilidad informar a esta oficina cualquier cambio en la condición medica de mi hijo/hija/ o persona. No responsabilizo al Dentista ni su equipo de oficina por algún error que yo hata otorgado en llenar esta forma.

Firma _____ Relación al paciente _____ Fecha _____