

**Información del Paciente:**

|                          |  |                      |  |
|--------------------------|--|----------------------|--|
| Nombre:                  |  | Fecha de Nacimiento: |  |
| Nombre preferido:        |  | Género:              |  |
| Número de Seguro Social: |  | Pronombre:           |  |
| Referido por:            |  |                      |  |

**Información de contacto:**

|                                |  |
|--------------------------------|--|
| Dirección:                     |  |
| Ciudad, Estado, Código Postal: |  |
| Correo electrónico:            |  |
| Teléfono móvil:                |  |
| Teléfono de casa:              |  |
| Teléfono del trabajo:          |  |

**Información de contacto de emergencia:**

|                        |  |
|------------------------|--|
| Nombre:                |  |
| Relación:              |  |
| Número(s) de teléfono: |  |

**Información de empleo:**

|                          |  |
|--------------------------|--|
| Nombre del empleador:    |  |
| Dirección del empleador: |  |

**Información del seguro dental:****Seguro primario:**

|                       |  |
|-----------------------|--|
| Nombre del seguro:    |  |
| Dirección del seguro: |  |

|                                           |  |                                     |  |
|-------------------------------------------|--|-------------------------------------|--|
| Empleador:                                |  | Identificación del seguro:          |  |
| Nombre del suscriptor:                    |  | Número de grupo:                    |  |
| Dirección del suscriptor:                 |  | Fecha de nacimiento del suscriptor: |  |
| Suscriptor Ciudad, Estado, Código Postal: |  | Relación:                           |  |
| Teléfono del suscriptor:                  |  | SSN del suscriptor:                 |  |

**Seguro secundario: (si corresponde)**

|                                           |  |                                     |  |
|-------------------------------------------|--|-------------------------------------|--|
| Nombre del seguro:                        |  |                                     |  |
| Dirección del seguro:                     |  |                                     |  |
| Empleador:                                |  | Identificación del seguro:          |  |
| Nombre del suscriptor:                    |  | Número de grupo:                    |  |
| Dirección del suscriptor:                 |  | Fecha de nacimiento del suscriptor: |  |
| Suscriptor Ciudad, Estado, Código Postal: |  | Relación:                           |  |
| Teléfono del suscriptor:                  |  | SSN del suscriptor:                 |  |

**Parte responsable/garante:**

**\*Complete si alguien que no sea el paciente es la persona responsable de la facturación en su cuenta.**

|                     |  |
|---------------------|--|
| Nombre:             |  |
| Dirección:          |  |
| Teléfono:           |  |
| Correo electrónico: |  |
| Relación:           |  |
| Empleador:          |  |

**Historial de salud dental:**

|                                  |  |
|----------------------------------|--|
| Nombre del dentista anterior:    |  |
| Dirección anterior del dentista: |  |

|                                                                                                          |         |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|--|
| Teléfono del dentista anterior:                                                                          |         |  |
| Fecha de la última visita al consultorio dental:                                                         |         |  |
| ¿Tiene imágenes o radiografías de su dentista anterior?                                                  | Sí / No |  |
| En una escala del 1 al 5, siendo 5 el más aterrorizado, ¿qué tan temeroso está del tratamiento dental?   |         |  |
| ¿Te preocupa la apariencia de tu sonrisa?                                                                | Sí / No |  |
| ¿Ha tenido aparatos ortopédicos, tratamiento de ortodoncia o ajuste de mordida?                          | Sí / No |  |
| ¿Tiene problemas con la articulación de la mandíbula? (ATM, estallido, clic, etc.)                       | Sí / No |  |
| ¿Tienes alguna sensibilidad dental?                                                                      | Sí / No |  |
| ¿Te sangran las encías al cepillarte o usar hilo dental?                                                 | Sí / No |  |
| ¿Alguna vez ha experimentado o le han dicho que tiene recesión de las encías o enfermedad de las encías? | Sí / No |  |
| ¿Tiene alguna inquietud inmediata que le gustaría que abordemos?                                         | Sí / No |  |
| En caso afirmativo, proporciónenos la información que le gustaría compartir:                             |         |  |
| <br><br><br><br><br><br><br><br><br><br>                                                                 |         |  |

Firma del paciente: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_