

## Historia Dental

Porque a venido al dentista hoy? \_\_\_\_\_

Tiene dolor?  Si  No

A tenido un serio problema asociado con el trabajo dental?

Si  No

A tenido un tratamiento de encia?  Si  No

Sus dientes son sensibles a caliente o frio?

Si  No

Sus dientes son sensibles a la dulce/agrio?

Si  No

Tiene algunos problemas de lums o adolorido cerca la boca?

Si  No

Rechina los dientes?  Si  No

Tiene dolores de cabeza?

Si  No

A tenido tratamiento de trabajo orthodontico?

Si  No

A tenido cuajarones de sangre con extracciones ?

Si  No

## Seguro Dental

### Seguro Dental Primario

Nombre de aseguransa: \_\_\_\_\_

Direccion de aseguransa: \_\_\_\_\_

Numero de aseguransa: ( ) - \_\_\_\_\_  
Ext. \_\_\_\_\_

Grupo/Plan/Poliza #:  
\_\_\_\_\_

Nombre de la persona que tiene la aseguransa:  
\_\_\_\_\_

Relacion del Paciente: \_\_\_\_\_

## Emergencia

En caso de emergencia a quien podemos llamar?

El/Ella

Nombre: \_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_  
(Apellido) (Primer)

(inicial)

Relacion: \_\_\_\_\_

Casa #: ( ) - \_\_\_\_\_

Trabajo #: ( ) - \_\_\_\_\_ Ext. \_\_\_\_\_

Otro #: ( ) - \_\_\_\_\_

Yo entiendo que la information que he Dado hoy esta al corriente. Tambien Entiendo que es mi responsabilidad de Informar a esta oficina si ocurren cambios a mi salud. Yo entiendo que es mi responsabilidad de pagar el tratamiento que se a tratado . Tambien responsable de pagar Cualquier co-pago y deducible que la Aseguransa no pague.

Yo entiendo que si esta oficina necesita asistencia de companias que colectan, abogados que colectan dinero que no ha pagado el paciente. Yo so responsable de pagar las cuotas De las agencias abogados o cortes.

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

Debe de pagar cuando se hago cada tratamiento. Almenos que ya se hayan dado arreglos. Gracias por llenar esta forma completamente. nos va ha ayudar a servirte mejor. Si tiene alguna pregunta por favor preguntenos. Es un placer ayudarte. Nuestra oficina esta comprometida a alcanzar o exceder las normas de control de infeccion. Asianadas por OSHA, TDA, v ADA.