

# B I E N V E N I D O

<p><b>Informacion Del Paciente</b></p> <p>Fecha _____</p> <p>Numero de Seguro Social _____</p> <p>Nombre _____</p> <p>Domicilio _____</p> <p>_____</p> <p style="text-align: center;">Cuidad          Estado          Zona Postal</p> <p>Numero de telefono de casa _____</p> <p>Numero de Celular _____</p> <p>Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F</p> <p>Fecha de Nacimiento _____ Edad _____</p> <p><input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado</p> <p><b>Informacion de Empleo</b></p> <p>Ocupacion _____</p> <p>Empleador _____</p> <p>Domicilio _____</p> <p>_____</p> <p>Numero de teléfono _____</p> <p>Como oyó usted de nuestra oficina:</p> <p><input type="checkbox"/> Aviso en Radio/TV</p> <p><input type="checkbox"/> Compañía de Seguro</p> <p><input type="checkbox"/> Aviso en el periódico</p> <p><input type="checkbox"/> 800dentist</p> <p><input type="checkbox"/> Otro paciente (Nombre) _____</p> <p><input type="checkbox"/> De otra manera _____</p> <p>_____</p> <p>Correo electrónico _____</p>	<p><b>Informacion De Seguro o Persona Responsable</b></p> <p>Nombre _____</p> <p>Numero de Seguro _____</p> <p>Fecha de Nacimiento _____</p> <p>Relacion al Paciente _____</p> <p>Compania de Seguro _____</p> <p>Tiene Seguro Adicional <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p> <p>Nombre del miembro _____</p> <p>Numero de Seguro _____</p> <p>Fecha de Nacimiento _____</p> <p>Relacion al Paciente _____</p> <p>Compania de Seguro _____</p> <p><b>Asignacion y Apuntamiento</b></p> <p>Certifico que yo (o mi dependiente) tiene cobertura con _____ y apunto directamente al Dr Markarian todos los beneficios de seguro, si cualquiera, de otro modo pagado por mí para los servicios rendidos. Comprendo que soy responsable de todos los cargos pagados por el seguro o no. Yo autorizo al Dr que utilice toda la información necesaria para asegurar el pago de beneficios. Ademas autorizo el uso de esta firma en todo los entregos de seguro.</p> <p>_____</p> <p>Firma de la persona responsable</p> <p>_____</p> <p>Relacion al paciente _____ Fecha _____</p>
---	--

**EN CASO DE EMERGENCIA, FAVOR DE COMUNICARSE CON:**

Nombre \_\_\_\_\_ Relacion \_\_\_\_\_

Numero de Casa \_\_\_\_\_ Número de Celular \_\_\_\_\_

**HISTORIA DENTAL**

La razón de su visita hoy \_\_\_\_\_

Dentista anterior \_\_\_\_\_ Cuidad/Estado \_\_\_\_\_

Fecha de su ultima visita \_\_\_\_\_ Fecha de los últimos rayos X \_\_\_\_\_

<p>Favor de indicar si usted a tenido:</p> <p><input type="checkbox"/> mal aliento en la boca</p> <p><input type="checkbox"/> encías que sangran</p> <p><input type="checkbox"/> ampollas en los labios o dentro de la boca</p> <p><input type="checkbox"/> sensación de ardor en la lengua</p> <p><input type="checkbox"/> mastica solo en un lado de la boca</p> <p><input type="checkbox"/> fuma cigarro o pipa</p>	<p><input type="checkbox"/> sonido al abrir y cerrar la mandíbula</p> <p><input type="checkbox"/> boca seca</p> <p><input type="checkbox"/> unas mordidas</p> <p><input type="checkbox"/> comida que se acumula en medio de los dientes</p> <p><input type="checkbox"/> objetos extraños</p> <p><input type="checkbox"/> rechina los dientes</p> <p><input type="checkbox"/> encías hinchadas o sensibles</p> <p><input type="checkbox"/> dolor en la mandíbula</p>	<p><input type="checkbox"/> mordidas a los labios o cachete</p> <p><input type="checkbox"/> dientes flojos o quebrados</p> <p><input type="checkbox"/> respirando por la boca</p> <p><input type="checkbox"/> dolor en la boca cuando se cepilla</p> <p><input type="checkbox"/> tratamiento de frenos</p> <p><input type="checkbox"/> dolor al rededor del oído</p> <p><input type="checkbox"/> tratamiento periodontal</p> <p><input type="checkbox"/> sensibilidad al frío</p>	<p><input type="checkbox"/> sensibilidad a lo caliente</p> <p><input type="checkbox"/> sensibilidad a lo dulce</p> <p><input type="checkbox"/> sensibilidad al mascar</p> <p><input type="checkbox"/> heridas o crecimientos dentro de la boca</p> <p>Cuantas veces al día se cepilla _____</p> <p>Utiliza el hilo dental _____</p>
--	---	---	---