



**Jeremy J. Larson, DMD LLC**  
 230 SE 2<sup>nd</sup> Street  
 Hermiston, OR 97838  
 (541) 567-8229

*¡Gracias por seleccionar nuestra consulta! Nos esforzaremos por prestarle la mejor atención dental posible. Para ayudarnos a satisfacer todas sus necesidades de atención dental, llene completamente este formulario con lápizera de tinta. Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda, consúltenos, con gusto le ayudaremos.*

Fecha \_\_\_\_\_

No. de paciente \_\_\_\_\_

**Información del Paciente**

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Sexo  M  F

Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ P.C. \_\_\_\_\_

Edad \_\_\_\_\_ Teléfono particular \_\_\_\_\_ Teléfono celular \_\_\_\_\_ No. de seguro social \_\_\_\_\_

Correo electrónico \_\_\_\_\_ Preferencia:  Particular  Celular  Correo electrónico

Estado civil  Soltero (a)  Casado (a)  Divorciado (a)  Viudo (a)  Separado (a)

Empleador del paciente o tutor \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Dirección comercial \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ P.C. \_\_\_\_\_

¿A quién le podemos agradecer por referirlo(a)? \_\_\_\_\_

Persona de contacto en caso de una emergencia? \_\_\_\_\_

**Parte Responsable**

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Sexo  M  F

Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ P.C. \_\_\_\_\_

Edad \_\_\_\_\_ Teléfono particular \_\_\_\_\_ Teléfono celular \_\_\_\_\_ No. de seguro social \_\_\_\_\_

No. de licencia de conducir o identificación \_\_\_\_\_ Relación al paciente \_\_\_\_\_

¿Esta persona es actualmente paciente de nuestra consulta?  Sí  No

Para su comodidad, le ofrecemos los siguientes métodos de pago, marque la opción que prefiera. Pago total es esperado al terminar cada cita.

Efectivo  Cheque personal  VISA  MasterCard  Deseo discutir las políticas de pago de la consulta

**Información del Seguro**

Nombre del asegurado \_\_\_\_\_ Relación al paciente \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ No. de seguro social \_\_\_\_\_ Fecha de empleo \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ P.C. \_\_\_\_\_

Empleador del paciente o tutor \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Dirección comercial \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ P.C. \_\_\_\_\_

Compañía de seguros \_\_\_\_\_ No. de grupo \_\_\_\_\_ Política/No. de identificación \_\_\_\_\_

Dirección de la compañía de seguros \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ P.C. \_\_\_\_\_

¿Tiene algún seguro adicional?  Sí  No Si la respuesta es sí, llene lo siguiente:

**Seguro adicional**

Nombre del asegurado \_\_\_\_\_ Relación al paciente \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ No. de seguro social \_\_\_\_\_ Fecha de empleo \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ P.C. \_\_\_\_\_

Empleador del paciente o tutor \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Dirección comercial \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ P.C. \_\_\_\_\_

Compañía de seguros \_\_\_\_\_ No. de grupo \_\_\_\_\_ Política/No. de identificación \_\_\_\_\_

Dirección de la compañía de seguros \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ P.C. \_\_\_\_\_

# Historia Médica

Medico de cabecera \_\_\_\_\_ No. de teléfono \_\_\_\_\_ Fecha de ultimo examen \_\_\_\_\_

1. ¿Esta bajo tratamiento medico actualmente?.....  Sí  No
2. ¿Alguna vez ha estado hospitalizado(a) por alguna Cirugia o enfermedad seria en los ultimos 5 años?.....  Sí  No  
Si contesto sí, por favor explique \_\_\_\_\_
3. ¿Está tomando remedios, medicamentos, medicamentos sin receta (incluyendo aspirina)?.....  Sí  No  
Si contesto sí, qual(es) medicamento(s) está tomando? \_\_\_\_\_
4. ¿Ha tomado Fen-Phen/Redux?.....  Sí  No
5. ¿Ha tomado Fosamax, Boniva, Actonel o cualquier medicamento para cancer que contiene bifosfonatos?.....  Sí  No
6. ¿Ha tomado Viagra, Revatio, Cialis o Levitra en las ultimas 24 horas?.....  Sí  No
7. ¿Fuma o usa tabaco?.....  Sí  No
8. ¿Usa drogas de uso recreativo (incluyendo alcohol)?.....  Sí  No
9. Tiene o ha tenido:  
Presión sanguínea alta.....  Sí  No      Enfermedad del corazón.....  Sí  No  
Infarto de corazón.....  Sí  No      Marcapasos.....  Sí  No  
Fiebre reumática.....  Sí  No      Soplos en el corazón.....  Sí  No  
Los tobillos hinchados.....  Sí  No      Angina.....  Sí  No  
Desmayos/Convulsiones.....  Sí  No      Frecuentemente cansado(a)....  Sí  No  
Asma.....  Sí  No      Anemia.....  Sí  No  
Presión sanguínea baja.....  Sí  No      Enfisema.....  Sí  No  
Epilepsia.....  Sí  No      Cancer.....  Sí  No  
Leucemia.....  Sí  No      Artritis.....  Sí  No  
Diabetes.....  Sí  No      Articulación artificial.....  Sí  No  
Enfermedades renales.....  Sí  No      Hepatitis / Ictericia.....  Sí  No  
SIDA o VIH.....  Sí  No      Enfermedades venéreas.....  Sí  No  
Problema con la tiroides.....  Sí  No      Problema del estomago (ulcera)  Sí  No
10. ¿Usa lentes de contacto?.....  Sí  No
11. ¿Es alérgico(a) o ha tenido alguna reacción a los siguientes?  
Anestésicos locales (e.g. Novocaína).....  Sí  No  
Penicilina o otro Antibiótico .....  Sí  No  
Sulfa .....  Sí  No  
Barbitúricos .....  Sí  No  
Sedantes .....  Sí  No  
Yodo .....  Sí  No  
Aspirina.....  Sí  No  
Algun metal (e.g. níquel, mercurio, etc.).....  Sí  No  
Caucho de látex .....  Sí  No  
Otra cosa (por favor escriba).....  Sí  No
12. ¿Tiene o ha tenido tos persistente or carraspeo que no sea debido a una enfermedad (que dure mas the 3 semanas)?.....  Sí  No
13. **Sólo para mujeres:**  
a) ¿Está o podría estar emarazada?.....  Sí  No  
b) ¿Está dando pecho? .....  Sí  No  
c) ¿Está tomando pastillas anticonceptivas?.....  Sí  No  
Dolor de pecho.....  Sí  No  
Falta de aliento.....  Sí  No  
Apoplejía.....  Sí  No  
Fiebre de heno / alergias.....  Sí  No  
Tuberculosis.....  Sí  No  
Terapia de radiación.....  Sí  No  
Glaucoma.....  Sí  No  
Reciente pérdida de peso.....  Sí  No  
Enfermedad hepática.....  Sí  No  
Enfermedades del corazón.....  Sí  No  
Problemas respiratorios.....  Sí  No  
Prolapso de la válvula mitral...  Sí  No  
Otro(a).....  Sí  No

# Historia Dental

Nombre de su dentista anterior \_\_\_\_\_ Fecha de su ultimo examen \_\_\_\_\_

1. ¿Le sangran las encías con el cepillo o hilo dental?.....  Sí  No
2. ¿Tiene sensibilidad a las comidas o bebidas frias/calientes?  Sí  No
3. ¿Tiene sensibilidad a las comidas o bebidas dulces/agrias?.  Sí  No
4. ¿Tiene dolor en alguno de sus dientes?.....  
tenido problemas con extracciones difíciles
5. ¿Tiene llagadas en o cerca a su boca?.....  Sí  No
6. ¿Ha tenido alguna lesion en la cabeza, cuello o mandíbula?.  Sí  No
7. ¿Alguna vez a tenido alguno(s) de los siguientes problemas en la mandíbula?  
Clic.....  Sí  No  
Dolor (articulación, oreja, lado de la cara).....  Sí  No  
Dificultad al abrir o cerrar.....  Sí  No  
Dificultad al masticar.....  Sí  No
8. ¿Tiene dolores de cabeza frecuentemente?.....  Sí  No
9. ¿Aprieta o muele sus dientes?.....  Sí  No
10. ¿Se muerde los labios o mejillas frecuentemente?  Sí  No
11. ¿Ha  
en el pasado?.....  Sí  No
12. ¿Ha tenido sangrado prolongado despues de alguna extraccion?.....  Sí  No
13. ¿Ha tenido tratamiento de ortodoncia?.....  Sí  No
14. ¿Usa dentadura o prótesis parcial?.....  Sí  No  
Si la respuesta es sí, fecha de colocación \_\_\_\_\_
15. ¿Ha recibido instrucciones de higiene oral con respecto a el cuidado de sus dientes o encías?..  Sí  No
16. ¿Le gusta su sonrisa?.....  Sí  No

# Authorization para divulgar o compartir datos

Que yo sepa, he respondido completamente y correctamente todas las preguntas. Entiendo que proporcionar informacion incorrecta puede ser peligroso para mi salud. Entiendo que es mi responsabilidad informarle al dentista si hay algún cambio en mi salud y/o en los medicamentos que tomo. Autorizo que el dentista y/o su personal proporcione mi informacion (incluyendo el diagnosis y los archivos) de cualquier tratamiento o exámenes prestados durante mi cuidado dental, a personas terceras (pagadores y/o otros profesionales médicos). Autorizo y pido que mi compañía de seguros pague cualquier beneficio debido a mi, directamente a el consultorio del dentista. Entiendo que mi compañía de seguros puede pagar menos que la cantidad en la factura y estoy de acuerdo en ser responsable por el pago de todos los cargos por servicios proporcionados a mi o mis dependientes.

X  
Firma del Paciente (o padre(madre)/tutor si el paciente es menor de edad)

Fecha

Comentarios del Doctor: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_