

Bienvenido

¡Gracias por seleccionar Torres Dental Group!
Nos esforzamos por prestarle la mejor atención dental posible.
Para ayudarnos a satisfacer todas sus necesidades de atención dental.
Llene este formulario con lápiz de tinta. Si tiene alguna
Pregunta o necesita ayuda, consúltenos, con gusto lo ayudamos.

No. de Paciente _____

SS #/ SEN _____

Fecha ___/___/___

El número de casa (____) ____ - ____

Número de celular (____) ____ - ____

Número de trabajo (____) ____ - ____

Información para el paciente (confidencial)

Nombre _____ Fecha de nacimiento ___/___/___

Dirección _____ Ciudad _____ Estado ___ Zip _____

Correo electrónico _____ @ _____

Marque el cuadro correspondiente: Menor Soltero/a Casado/a Viudo/a Separado/a

Si estudiante, nombre de universidad _____ Ciudad _____ Estado _____

Tiempo Completo _____ Tiempo Parcial _____

Paciente o empleador del paciente o tutor _____

Dirección Comercial _____ Ciudad _____ Estado _____ Zip _____

Tiempo Completo _____ Tiempo Parcial _____

Cónyuge o nombre de padre o tutor _____ Empleador _____

Número de Trabajo (____) ____ - ____

¿A quien podemos agradecer por derivarlo? _____

Persona de contacto en caso de urgencia _____ Teléfono (____) ____ - ____

Parte Responsable

Nombre de la persona responsable de esta cuenta _____ Relación con el paciente _____

Dirección _____ Teléfono particular(____) ____ - ____

Correo electrónico _____ @ _____ Teléfono celular(____) ____ - ____

No. de licencia de conducir _____ Fecha de nacimiento ___/___/___

Institución financiera _____ Empleador _____

Teléfono del trabajo(____) ____ - ____ No. de seguro social _____

¿Está esta persona actualmente paciente de nuestra consulta ? Sí No

Para su comodidad, le ofrecemos los siguientes métodos de pago. Marque la opción que prefiera. Pago total en cada cita:

Efectivo Cheque personal Tarjeta de crédito Visa MasterCard

Bienvenido

¡Gracias por seleccionar Torres Dental Group!
Nos esforzamos por prestarle la mejor atención dental posible.
Para ayudarnos a satisfacer todas sus necesidades de atención dental.
Llene este formulario con lápiz de tinta. Si tiene alguna
Pregunta o necesita ayuda, consúltenos, con gusto lo ayudamos.
Deseo analizar las políticas de pago en la consulta

Información del Seguro

Nombre del asegurado _____ Relación al paciente _____
Fecha de nacimiento ____/____/____ SS#/ SIN _____ Fecha de empleo ____/____/____
Nombre del empleador _____ Unión o Local # _____
Teléfono del trabajo (____) _____ - _____

Dirección del empleador _____
Ciudad _____ Estado _____ Zip _____

Compañía de seguros _____ No. de grupo _____ Política/No. de ID _____
Dirección de compañía de seguros _____ Ciudad _____ Estado _____ Zip _____

¿De cuánto es su deducible? _____ ¿Cuánto has usado? _____
Benefició máximo anual _____

¿TIENE ALGUN SEGURO ADICIONAL? Sí No SI LA RESPUESTA ES SI, LLENE LO SIGUIENTE

Nombre del asegurado _____ Relación al paciente _____
Fecha de nacimiento ____/____/____ SS#/ SIN _____ Fecha de empleo ____/____/____
Nombre del empleador _____ Unión o Local # _____
Teléfono del trabajo (____) _____ - _____

Dirección del empleador _____
Ciudad _____ Estado _____ Zip _____

Compañía de seguros _____ No. de grupo _____ Política/No. de ID _____
Dirección de compañía de seguros _____ Ciudad _____ Estado _____ Zip _____

¿De cuánto es su deducible? _____ ¿Cuánto has usado? _____
Benefició máximo anual _____

Bienvenido

¡Gracias por seleccionar Torres Dental Group!
Nos esforzamos por prestarle la mejor atención dental posible.
Para ayudarnos a satisfacer todas sus necesidades de atención dental.
Llene este formulario con lápiz de tinta. Si tiene alguna
Pregunta o necesita ayuda, consúltenos, con gusto lo ayudamos.

Historia de la Salud Dental

Yes

No

Sí

No

¿Eres aprensivo acerca de tratamiento dental?

¿Con qué frecuencia se cepilla los dientes?

¿Tienes problemas con el tratamiento dental anterior?

¿Con qué frecuencia usar hilo dental?

¿Mordaza fácilmente?

¿La mandíbula hace ruido que molesta usted o otras personas?

¿Usas dentales prótesis?

¿Aprieta o moler la mandíbula con frecuencia?

¿Atrapas comida entre los dientes?

¿Tu mandíbula se siente cansado?

¿Tiene dificultad para masticar la comida?

¿Tu mandíbula atrapada para que no se puede abrir libremente?

¿Evitas cepillado cualquier parte de la boca a causa del dolor?

¿Duele al masticar o abrir todo a tomar un bocado?

¿Las encías sangran fácilmente?

¿Tiene dolor de oídos o dolor delante de la oreja?

¿Las encías sangran cuando uses el hilo dental?

¿Tienes alguna quijada síntomas o dolores de cabeza al despertarse por la mañana?

¿Sientes sus encías hinchadas o adoloridas.

¿Tiene la mandíbula del dolor o malestar extremadamente frustrante o deprimente?

¿Has notado lenta curación úlceras en o sobre la boca.

¿Toma medicamento o pastillas para el dolor o malestar (calmantes para el dolor, relajantes musculares, antidepressivos)?

¿Son sus dientes sensibles?

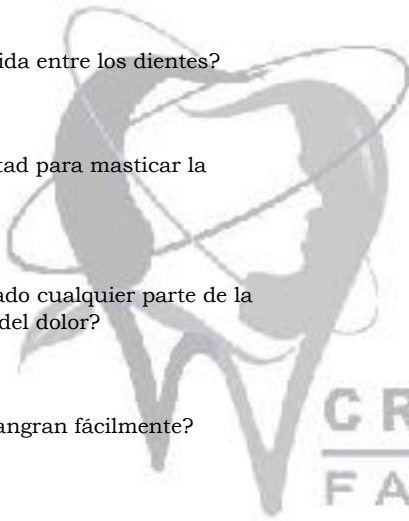
¿Qué desorden temporomandibular (mandíbula) (TTM)?

¿Te sientes punzadas de dolor cuando los dientes entren en contacto con:

¿Tiene dolor en la cara, las mejillas, las articulaciones de la mandíbula, garganta o templos?

¿Alimentos o líquidos calientes?

¿Eres incapaz de abrir la boca en cuanto quieres?



TORRES
DENTAL GROUP
GRANDFACIAL PAIN
FAMILY DENTISTRY

Bienvenido

¡Gracias por seleccionar Torres Dental Group!
Nos esforzamos por prestarle la mejor atención dental posible.
Para ayudarnos a satisfacer todas sus necesidades de atención dental.
Llene este formulario con lápiz de tinta. Si tiene alguna
Pregunta o necesita ayuda, consúltenos, con gusto lo ayudamos.

¿Alimentos o líquidos fríos?

¿Eres consciente de la mordedura de un
incómodo?

Argos?

¿Has tenido un golpe en la mandíbula
(trauma)?

Dulces?

¿Es usted un fumador habitual mascar chicle
o tubo?

¿Tomas suplementos de fluoruro?

¿No está contento con la aparición de los
dientes?

¿Quieres atención dental completa?

¿ Prefieres salvar los dientes?

Diabetes

Orinar más de 6 veces al día

Boca sedienta o es la mayoría de los
tiempos de secado

Antecedentes familiares de diabetes

Tuberculosis o otras enfermedades
respiratorias

¿Bebes alcohol?
Si es así, ¿cuánto? _____

¿Fumas?
Si es así, ¿cuánto? _____

¿Hepatitis, ictericia, o problemas del
hígado?

El herpes u otra enfermedad de transmisión
sexual

VIH-positivo / SIDA

Glaucoma

¿Usas lentes de contacto?

Historia de lesión en la cabeza?

Epilepsia u otra enfermedad neurológica

Historia de abuso de drogas o alcohol?

¿Tiene usted alguna enfermedad, afección o
problema no mencionados aquí que sea consciente que

Sí No

TORRES
DENTAL GROUP
GRANIOFACIAL PAIN
FAMILY DENTISTRY

Bienvenido

problema no mencionadas aquí que se siente que deberíamos saber? _____

¡Gracias por seleccionar Torres Dental Group!
Nos esforzamos por prestarle la mejor atención dental posible.
Para ayudarnos a satisfacer todas sus necesidades de atención dental.
Llene este formulario con lápiz de tinta. Si tiene alguna
Pregunta o necesita ayuda, consúltenos, con gusto lo ayudamos.

Historia de la Salud Medical

Sí No

Problemas de Corazón

- Dolor en el pecho
- Dificultar para respirar
- Problema de atención arterial
- Soplo cardíaco
- Problema en las válvulas del corazón
- Tomando medicaciones para el corazón
- Fiebre Reumática
- Marcapasos
- Válvula de corazón artificial

Problemas de Sangre

- Fácil aparición de moretones
- Sangrados nasales frecuentes
- Sangrando anormal
- Enfermedad de sangre (anemia)
- Le ha tocado una transfusión de sangre

Problemas de Alergia

- Fiebre de heno
- Problemas de seno
- Erupciones en la piel
- Tomando medicación de alergia
- Asma

Problemas Intestinales

- Ulceras
- Aumento o pérdida de peso
- Dieta especial
- Estreñimiento/ Diarrea
- Problemas renales o de vejiga

Problemas del Huso o Articulaciones

- Artritis



TORRES
DENTAL GROUP
GRANIOFACIAL PAIN
FAMILY DENTISTRY

Bienvenido

¡Gracias por seleccionar Torres Dental Group!
Nos esforzamos por prestarle la mejor atención dental posible.
Para ayudarnos a satisfacer todas sus necesidades de atención dental.
Llene este formulario con lápiz de tinta. Si tiene alguna
Pregunta o necesita ayuda, consúltenos, con gusto lo ayudamos.

Dolor en la espalda o cuello

Reemplazo de la articulación
(e.g. el total de las caderas, los alfileres, o
implantes)

Desmayos, convulsiones, o la epilepsia

Accidente Cerebrovascular

Dolores de cabeza frecuentes o graves

Problemas de tiroides

Tos persistente o inflamación de las
glándulas

La premeditación requerido por el médico

Cáncer/Tumor

Sí No

Antibióticos o medicamentos con sulfa

Los anticoagulantes (por ejemplo,
warfarina)

Medicamentos para la presión arterial alta

Los tranquilizantes

La insulina, orinase, o droga similar

Aspirina

Digitalis o medicamentos para problemas
del corazón

La nitroglicerina

Cortisona (esteroides)

Los remedios naturales

No prescritas medicamento / suplemento

Otro _____

Sí No

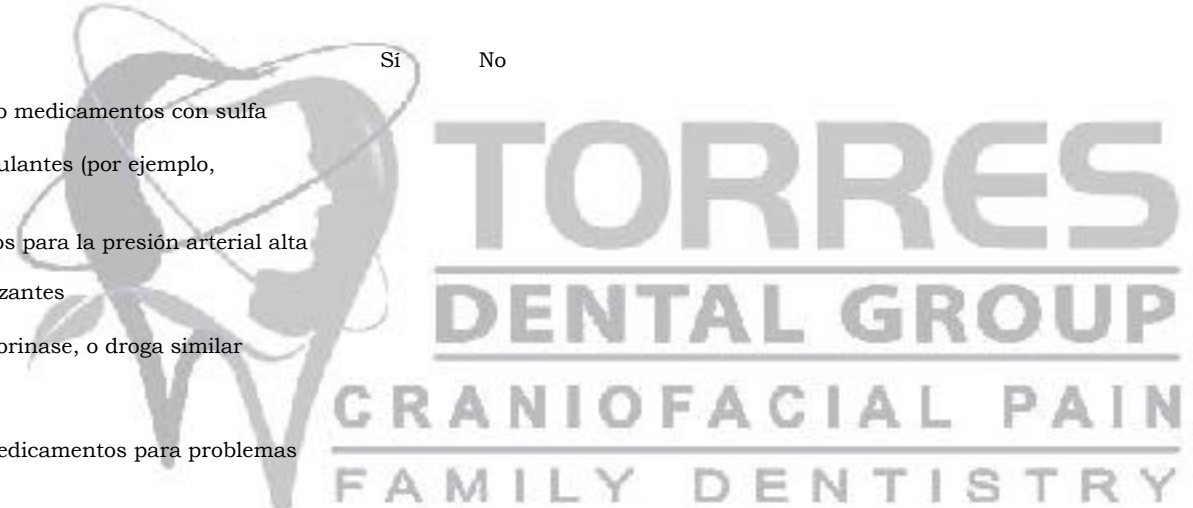
¿Está tomando anticonceptivos u otras
hormonas?

¿Está embarazada?
Si es así, la fecha de nacimiento _____

¿Estas lactando?

¿Ha llegado a la menopausia?
Si es así, ¿tiene algún síntoma? _____

¿ Es usted alérgico o ha reaccionado adersamente a
cualquiera de los siguientes?



Bienvenido

¡Gracias por seleccionar Torres Dental Group!
Nos esforzamos por prestarle la mejor atención dental posible.
Para ayudarnos a satisfacer todas sus necesidades de atención dental.
Llene este formulario con lápiz de tinta. Si tiene alguna
Pregunta o necesita ayuda, consúltenos, con gusto lo ayudamos.

Sí No

Anestésicos Locales

La penicilina y otros
antibióticos

Las Sulfamidas

Barbitúricos, sedantes o
pastillas para dormir

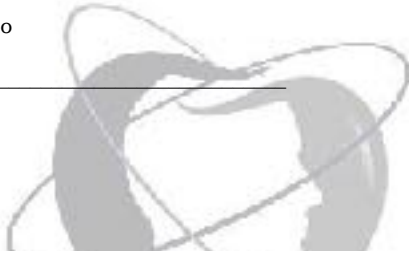
Las aspirina, acetaminofén o
ibuprofeno

La codeína, Demerol, u otros
narcóticos

Reacción a metales

Látex o caucho

Otro _____



TORRES

Notas:

Firma del Paciente o Padre _____

Incitales del Odontólogo/a: _____

GROUP
AL PAIN
ISTRY