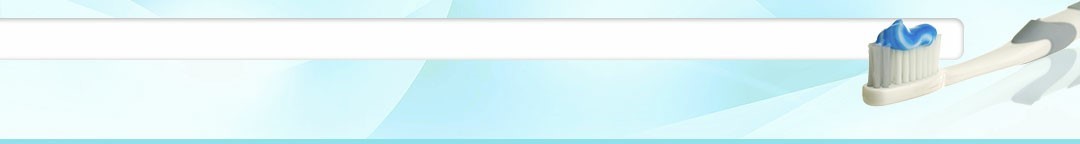
**Informacion Personal Del Paciente**



**Gentle Dental Northwest**

2504

N Webb Rd

•

Grand Island, NE 68803

**(308)381-7077**

info@gentledentalnwgi.com

**Nombre de paciente Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Apellido Primer Nombre Inicial ¿Qué Nombre Prefiere?**

**Titulo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Sexo: \_\_ Masculino \_\_ Femenino Estado Cival: \_\_ Casado \_\_ Soltero \_\_ Hijo/a \_\_Otro**

**Sr/Sra/Srta**

**Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Número de seguro social: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Correo Electronico: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ¿A que hora podemos llamar? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Teléfono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Casa Movil Trabajo**

**Domicilio: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Ler Domicilio 2ndo Domicilio**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Ciudad Estado Código postal**

**La siguiente información es de: \_\_ Si mismo \_\_ Cónyuge \_\_ Ambos \_\_ Ninguno/No aplica**

**Nombre donde trabaja: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ # Teléfono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Domicilio: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Ler Domicilio 2ndo Domicilio**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Ciudad Estado Código postal**

**¿El paciente es estudiante? \_\_ Si \_\_ No**

**¿Qué dentista desea ver? \_\_\_ Sin preferencia \_\_\_ Dra Kristen Luther \_\_\_ Dra Tressa Gloystein**

**¿A quién podemos agradecer por referirlo a nuestra oficina?**

**Nombre y número de teléfono de algún contacto quien viva con usted.**

**Información del Seguro Dental**

**Seguro dental primario:**

**Nombre de la persona del dental: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_**

**Apellido Primer Nombre Inicial**

**La relación entre el paciente y la persona del seguro dental: \_\_ Si mismo \_\_ Cónyuge \_\_ Hijo/a \_\_ Otro**

**Fecha de nacimiento del asegurado: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Número de Seguro Social del asegurado: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Seguro dental secundario:**

**Nombre de la persona del dental: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_**

**Apellido Primer Nombre Inicial**

**La relación entre el paciente y la persona del seguro dental: \_\_ Si mismo \_\_ Cónyuge \_\_ Hijo/a \_\_ Otro**

**Fecha de nacimiento del asegurado: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Número de Seguro Social del asegurado: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Parte económicamente responsable**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_**

**Apellido Primer Nombre Inicial**

**Titulo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Sexo: \_\_ Masculino \_\_ Femenino Estado Cival: \_\_ Casado \_\_ Soltero \_\_ Hijo/a \_\_Otro**

**Sr/Sra/Srta**

**Correo Electronico: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ¿A que hora podemos llamar? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Teléfono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Casa Movil Trabajo**

**Domicilio: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Ler Domicilio 2ndo Domicilio**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Ciudad Estado Código postal**

**Nombre donde trabaja: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ # Teléfono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Domicilio: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Ler Domicilio 2ndo Domicilio**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Ciudad Estado Código postal**

**\* La persona que firma este formulario es el responsable último de la cuenta. La correspondencia relacionada con esta cuenta será dirigida a la persona responsable de la cuenta.**

**Historial Médico del Paciente**

**Indique si tiene alguna las siguientes condiciones:**

SIDA/HIV Alergia a Amoxicilina Anemia Artritis

Articulación artificial Asma Enfermedades de la Sangre Cáncer

Parálisis cerebral Tratamientos Quimioterapia Alergia a la clindamicina Alergia a la codeína

Fibrosis quística Diabetes Mareos Epilepsia

Alergia a la eritromicina Sangrado excesivo Desmayo   
Fibromialgia

Glaucoma Traumatismo Craneal Problemas de audición Ataque Cardíaco

Bypass cardíaco Enfermedades del corazón Insuficiencia cardiaca(CHF) Soplo Cardíaco

Hemofilia Hepatitis Alta Presión Colesterol Alto

Virus del pamploma humano Enfermedad Ictericia Alergia a Keflex Enfermedad del Renal

Alergia al latex Enfermedad del higado Alergia a anestesi local Desórdenes Mentales

Esclerosis múltiple Prolapso de válvula mitral Trastornos Nerviosos Sin epinefrina

Osteoporosis Otro Marcapasos Enfermedad de Parkinson

Alergia a la penicilina Pre Medicamento Radioterapia Problemas respiratorios Fiebre reumática Reumatismo Alergias temporales Problemas Sinusales Necesidades especiales Problemas estomacales Infarto Alergia a Sulfa Problemas de la tiroideos Alergia a la nuez de pino Tuberculosis Tumores/crecimientos Úlceras Enfermedad venérea

**Si marcó alguna de las condición, por favor explique:**

**Nombre de su Doctor: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**¿Está bajo tratamiento médico ahora? \_\_ Si \_\_ No**

**Si esta bajo tratamiento medico, explique:**

**¿****Ha sido hospitalizado por alguna operación quirúrgica o enfermedad grave en los últimos 5 años? \_\_ Si \_\_ No**

**Si ha sido hospitalizado, explique:**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**¿Alguna vez ha tomado Fosamax, Boniva, Actonel o algún medicamento para el cáncer que contenga bisphonate? \_\_Si \_\_No**

**¿Utiliza tabaco o cigarrillos electrónicos? \_\_ Si \_\_ No**

**¿Ha usado o usa drogas****? \_\_Si \_\_ No**

**¿Está podria estar embarazada? \_\_Si \_\_ No ¿Estás amamantando a su bebe? \_\_Si \_\_ No**

**Anote todo medicamento que esté tomando actualmente:**

****

**Anote todo tipo de alergia. (Medicamentos, Látex, Metales, Etc.):**



**Historial Dental del Paciente**

**Nombre de su dentista previo y domicilio:**



**Fecha de su ultimo examen:**

**¿Esta ahora sintiendo alguna molestia con sus dientes?**

**¿Ha tenido alguna vez una dificultad con su visita al dentista?**

**?**

/

Si

No

Si

No

**¿Le gusta su sonrisa?**

Si

No

**Autorización**

**Yo certifico de que he leído y entendido la información previa y estoy de acuerdo. Las preguntas previas han sido contestadas por mi y son correctas. Yo entiendo que dar información incorrecta podria poner en peligro mi salud. Yo doy autorización ​​a mi dentista de proveer cualquier información, incluyendo mi diagnóstico y los registros dentales de cualquier tratamiento o examen que se haga hecho en mi persona o la de mi hijo/a durante mi cuidado dental a pagadores “terceros” tales como mi seguro dental o medico particular. Doy mi autorizacion para que mi seguro dental pague directamente por mis servicios dentales el dentista o se me pague a mi directamente. Entiendo que mi seguro dental podria pagar menos de lo facturado por mis servicios. En dado caso yo soy responsable del pago de tales cobros por servicios prestados a mi persona a cualquier depende mio.**

**Doy permisimo ​​al personal dental de realizar cualquier servicios dental necesario a mí persona o la de mis dependes (hijo/a).**

**Fecha:**