



Denton Family Dental

Nos complace darle la bienvenida a nuestra práctica. Por favor tómese unos minutos para llenar este formulario completamente. Si usted tiene alguna pregunta estaremos encantados de ayudarlo. Esperamos con interés trabajar con usted en el mantenimiento de su salud dental.

La Información del Paciente

Fecha: _____ Teléfono de Casa (____) _____ Teléfono Celular (____) _____
 Nombre: _____ No. de Seguro Social: _____
 Dirección: _____ Dirección de Correo Electrónico _____
 Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
 Sexo: ___M___F Edad: _____ Fecha de Nacimiento: _____
 ___Soltero(a) ___Casado(a) ___Viudo(a) ___Separado(a) ___Divorciado(a)
 ¿A quién podemos agradecer por habernos referido a Ud.? _____
 ¿En caso de emergencia, a quién se deberá notificar? _____

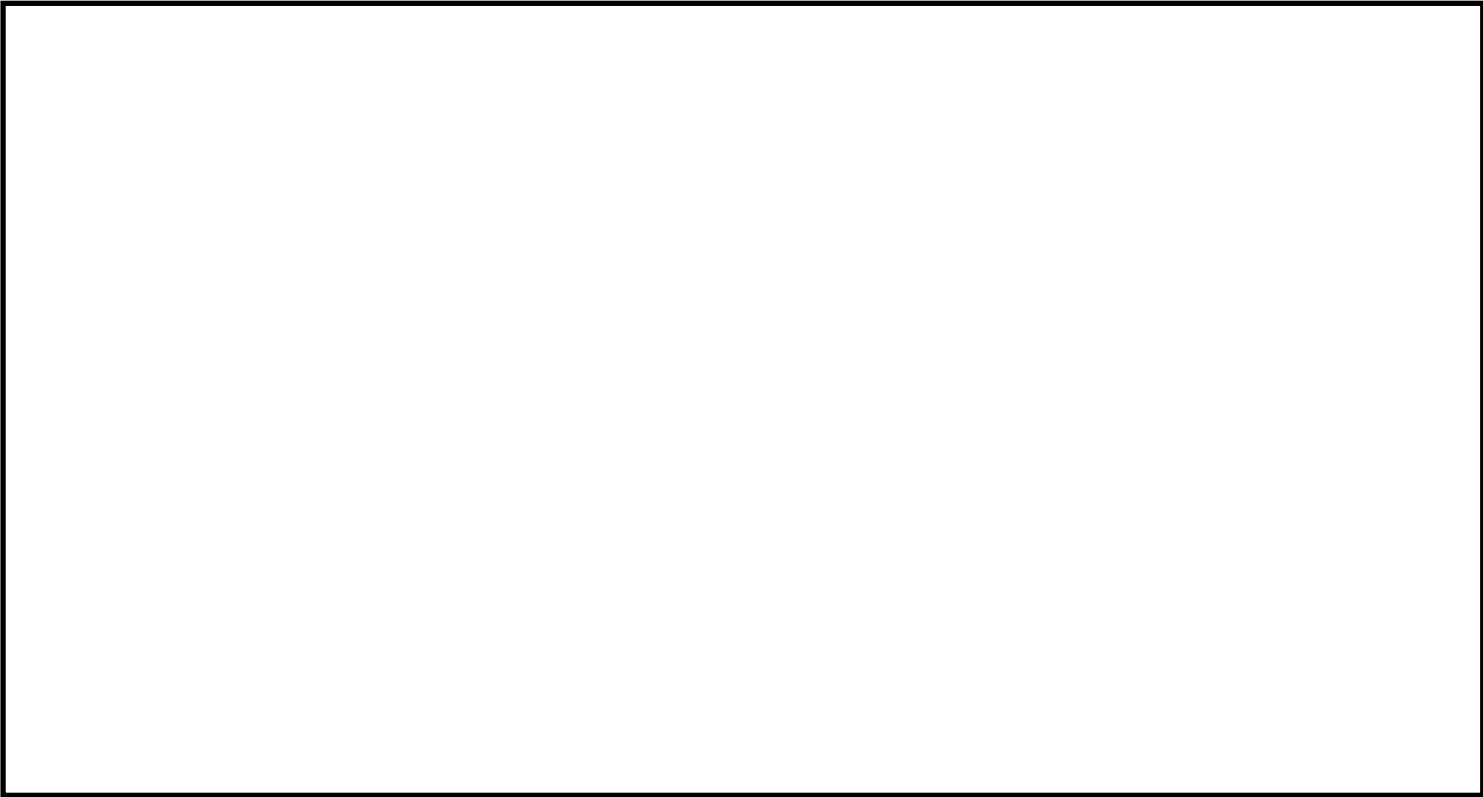
Seguro Primario

¿Quién es responsable por esta cuenta?: _____
 Relación del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____
 Dirección: _____ No. de Seguro Social: _____
 Teléfono: (____) _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
 Empleado(a) por: _____ Ocupación: _____
 Dirección del Empleador: _____ Teléfono del Empleador : (____) _____
 Compañía Aseguradora: _____ Grupo Número: _____

Actualización de la Historia Clínica

Motivo de la visita de hoy: _____
 Fecha de la última Visita al Dentista: _____ Ex Dentista: _____
 Fecha de la última Radiografía Dental: _____
 Dirección: _____
 ¿Ha tenido alguno de los siguientes?: ___Mal Aliento ___Rechinar
 ___Sensibilidad al Calor ___Sangrado de las Encías ___Dientes Flojos o Empastes Rotos
 ___La Sensibilidad a los Dulces ___Clic o Chasquidos de la
 mandibula ___ Tratamiento Periodontal ___ Sensibilidad al Morder ___ Recogida de
 Alimentos Entre los Dientes
 ___ Sensibilidad al Frío ___Llagas o Crecimiento en la Boca
 ¿Con qué frecuencia usa el hilo dental? _____

¿Con qué frecuencia se cepilla los dientes? _____

A large, empty rectangular box with a black border, occupying the middle section of the page. It is intended for a drawing or a written response related to the question above.