

# Bienvenido

*L.I. Periodontics & Dental Implants, PLLC*  
*Dr. Jeffrey Rosario / Dr. Caroline Rubino / Dr. Julio Carrion*

Nos complace darle la bienvenida a nuestra práctica. Tómese unos minutos para completar este formulario lo más completo que pueda. Si tiene preguntas, estaremos encantados de ayudarlo. Esperamos trabajar con usted para mantener su salud dental.



## Información del Paciente

Fecha \_\_\_\_\_ Teléfono Casa (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Teléfono Celular (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
Primer Nombre \_\_\_\_\_ Segundo Nombre \_\_\_\_\_ Apellido \_\_\_\_\_  
Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_  
Sexo  M  F Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_  Casado  Viudo  Divorciado  Soltero  Menor de edad  
Nombre del Empleador/Empresa \_\_\_\_\_ Ocupación \_\_\_\_\_  
Dirección del Empleador/Empresa \_\_\_\_\_ Teléfono del Empleador/Empresa (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
A quien podemos agradecer por referirlo? \_\_\_\_\_  
En caso de emergencia a quien deberíamos notificar? \_\_\_\_\_ Teléfono (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_



## Seguro Dental Primario

Persona Responsable de la Cuenta \_\_\_\_\_  
Apellido \_\_\_\_\_ Primer Nombre \_\_\_\_\_ Segundo Nombre \_\_\_\_\_  
Relación con el Paciente \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ # Social \_\_\_\_\_  
Dirección (si es diferente al del paciente) \_\_\_\_\_ Teléfono (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
Persona Responsable (Empleador) \_\_\_\_\_ Ocupación \_\_\_\_\_  
Dirección de la Empresa \_\_\_\_\_ Teléfono de la Empresa (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
Nombre del Seguro Dental \_\_\_\_\_ Subscriptor # \_\_\_\_\_ Grupo # \_\_\_\_\_  
Nombre de otros dependientes cubiertos bajo este plan \_\_\_\_\_



## Seguro Dental Adicional

Esta el paciente cubierto por un seguro adicional?  SI  No  
Nombre del Subscriptor \_\_\_\_\_ Relación con el paciente \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_  
Dirección (si es diferente al del paciente) \_\_\_\_\_ Teléfono (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
Persona Responsable (Empleador) \_\_\_\_\_ Ocupación \_\_\_\_\_  
Dirección de la Empresa \_\_\_\_\_ Teléfono de la Empresa (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
Nombre del Seguro Dental \_\_\_\_\_ Subscriptor # \_\_\_\_\_ Grupo # \_\_\_\_\_  
Nombre de otros dependientes cubiertos bajo este plan \_\_\_\_\_

Por Favor de completar los dos lados



# Historia Dental

Razón por la visita de hoy \_\_\_\_\_ Fecha de la última cita dental \_\_\_\_\_  
 Dentista General (Presente) \_\_\_\_\_ Fecha de las últimas radiografías dentales \_\_\_\_\_  
 Dirección del Dentista \_\_\_\_\_ Teléfono del Dentista (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
 Requiere usted tomar antibióticos antes de un tratamiento dental?  SI  No    Está usted con dolor?  SI  No  
 Chequear (✓) si usted ha tenido uno de los siguientes problemas:  
 Mal aliento                       Rechinar los dientes     Dientes sueltos o rellenos quebrados     Sangrado de encías  
 Mandíbula hace clic o suena     Comida queda atrapada en los dientes     Sensibilidad a lo helado, caliente o dulce  
 Ha tenido enfermedad de las encías?     Ha tenido tratamiento en las encías?  
 Que tan frecuente usted usa el hilo dental? \_\_\_\_\_ Que tan frecuente usted se cepilla los dientes? \_\_\_\_\_



# Historia Medica

Nombre de Su Doctor Primario \_\_\_\_\_ Fecha de su última Cita \_\_\_\_\_  
 Alguna vez ha tomado algún medicamento del grupo de drogas referidas como "fen-phen"?  SI  No  
 Ha tenido alguna enfermedad seria o operación?  SI  No    Si, describa? \_\_\_\_\_  
 (Mujeres) Está embarazada?  SI  No    Lactando?  Yes  No    Toma pastillas anticonceptivas?  SI  No  
 Chequee (✓) Si usted tiene o ha tenido (porfavor de fechas aproximadas) algunas de estas condiciones:  
 AIDS / SIDA                       Tratamiento con Cortisona                       Hepatitis A B C (circle)  Falta de Aliento  
 Anemia                               Toz crónica     Presión Sanguínea Alta  Ataque al Corazón  
 Artritis/Reumatismo     Diabetes     Enfermedad al Riñón     Hinchazón de Pies  
 Válvula Cardíaca Artificial  Epilepsia o Convulsiones                       Enfermedad al Hígado  Problema a la Tiroides  
 Articulaciones Artificiales  Dolor de cabeza frecuente  Prolapso válvula mitral  Tuberculosis (TB)  
 Asma                                       Hay Fever     Nervios/Ansiedad                       Tumores  
 Transfusión de Sangre  Corazón (cirugía, enfermedad)  Terapia de Radiación     Ulceras  
 Enfermedad de la Sangre  Marcapasos Cardíaco     Enfermedad Respiratoria  Enfermedad Venérea  
 Cáncer/Quimioterapia  Soplo Cardíaco (murmur)                       Fiebre reumática/escarlata  
 problemas de Circulación  Hemofilia/Sangrado Anormal                       Problema Sinusal  
  
 Nombre de la Farmacia: \_\_\_\_\_ Dirección de la Farmacia: \_\_\_\_\_  
 Medicamentos: \_\_\_\_\_ Alergias: \_\_\_\_\_

Yo certifico que yo, y/o mis dependientes, tienen cobertura dental con \_\_\_\_\_ y asigno directamente al Dr. \_\_\_\_\_ todos los beneficios del seguro, de haberlos, que de otro modo serían pagaderos a mí por los servicios prestados. Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos ya sea que los pague o no el seguro. Autorizo el uso de mi firma en todas las presentaciones de seguros.  
 El dentista mencionado anteriormente puede usar mi información de atención médica y puede divulgar dicha información a la(s) Aseguradora(s) de Seguros antes mencionada y a sus agentes para obtener pagos por servicios y determinar los beneficios del seguro o los beneficios pagaderos por servicios relacionados. Este consentimiento finalizará cuando se complete mi plan de tratamiento actual o un año a partir de la fecha que se firma a continuación.

\_\_\_\_\_  
 Firma del Paciente, Padres, Guardián o Representante Personal    Fecha

\_\_\_\_\_  
 Por favor escriba el nombre del Paciente, Padre, Guardián o Representante Personal    Relación con el Paciente

*El pago se debe realizar en su totalidad al momento del tratamiento a menos que se hayan aprobado acuerdos previos.*