



Dr. Luis F. Velásquez, D.D.S.

6266 S. Congress Ave. L-16 Lake Worth, FL 33462
P: 561.969.3936 F: 561.969.3938

INFORMACION DEL PACIENTE E HISTORIAL CLINICO Y DENTAL

- Nombre: (Apellido) (Nombre)
- Dirección: Ciudad: Estado: Zip:
- Teléfono casa: Teléfono celular:
- Dirección de correo electrónico:
- Sexo: Masculino Femenino Fecha de Nacimiento: Edad:
- Estado Civil: Soltero Casado Divorciado Ocupación:
- Quien es responsable de esta cuenta: Relación con Ud.?
- # de Seguro Social:
- Nombre de Seguro Dental: # de Membresía:
- En caso de emergencia se debe notificar a:
- Teléfono:
- Quien lo refirió a esta clínica:

HISTORIAL CLINICO:

Ha padecido o padece usted de:

- Enfermedades cardiacas
Presión arterial alta
Presión arterial baja
Problemas de circulación
Problemas de nerviosos
Tratamientos de Radiación
Válvulas artificiales del corazón
Válvula del corazón defectuosa
Soplo del corazón
Diabetes
Problemas respiratorios
Artritis
Cáncer
Hemofilia
Epilepsia
Dolores de Cabeza
Hepatitis A, B, C o problemas del Hígado
Consumo excesivo de alcohol
Cuidado Psiquiátrico
Pérdida de Peso reciente
Alergias a la anestesia
Alergias a medicamentos
Alergias en General
Enfermedad de la sangre
Osteoporosis
Fiebre Reumática
Problemas de sinusitis
SIDA Positivo
Enfermedad de tiroides
Derrame cerebral
Ulceras
Enfermedad venérea
Reemplazo artificial articulaciones
Asma

Ha tomado alguna vez Fosamax o algún otro medicamento para la densidad de los huesos?
Está tomando algún medicamento en este momento? SI NO Cuáles?
Ha tenido reacciones desfavorables en tratamientos dentales anteriores?
Para las mujeres: Esta usted embarazada?
Está tomando algún medicamento para hacer la sangre más líquida?

-Alguna alergia conocida: SI NO Cual?
-Primer Idioma: Español Ingles Creole Otro
-Necesita asistencia para comunicarse: SI NO

Continúa

HISTORIAL DENTAL:

- Razón por la que visita al Dentista el día de hoy? \_\_\_\_\_
- Fecha de su última cita dental: \_\_\_\_\_ y de rayos X: \_\_\_\_\_ de limpieza dental: \_\_\_\_\_
- Cuantas veces al día se cepilla los dientes? \_\_\_\_\_
- Utiliza el hilo dental en su limpieza rutinaria? \_\_\_\_\_  SI  NO
- Sus encías sangran o duelen cuando se cepilla los dientes? \_\_\_\_\_  SI  NO
- Siente que tiene mal aliento? \_\_\_\_\_  SI  NO
- Alguno de sus dientes esta flojo? \_\_\_\_\_  SI  NO
- Tiene dolor en algún diente: \_\_\_\_\_  SI  NO
- Sus dientes son sensibles al calor o frio? \_\_\_\_\_  SI  NO
- Usted rechina los dientes durante el día o la noche? \_\_\_\_\_  SI  NO
- Su mandíbula brinca o se desajusta cuando mastica? \_\_\_\_\_  SI  NO
- Se le acumula comida entre los dientes? \_\_\_\_\_  SI  NO

**PARA LOS PADRES:**

- Su hijo (a) se chupa los dedos o el pulgar? \_\_\_\_\_  SI  NO
- Su hijo (a) se duerme con un tetero o chupo en la boca? \_\_\_\_\_

Por la presente certifico que he leído y entendido la información anterior y que es precisa y fiel a lo mejor de mi conocimiento. Reconozco que el suministro de información incorrecta o inadecuada tiene el potencial de ser peligroso para mi salud.

Autorizo el diagnóstico de mi salud dental mediante radiografías, modelos de estudio, fotografías u otros medios auxiliares de diagnóstico que se consideren oportunos.

Autorizo al dentista a dar cualquier información, incluyendo el diagnóstico y registros de tratamiento o examen para mí y para mis dependientes a terceras compañías de seguros, pagadores y o profesionales de la salud. Autorizo que mi compañía de seguro envíe el pago directamente al dentista o clínica dental que se aplica directamente sobre el saldo impagado por mi causa.

Entiendo que soy financieramente responsable de cualquier saldo pendiente por servicios prestados que no están totalmente cubiertos por el seguro, y se me puede cobrar por este saldo restante. Doy consentimiento y acuerdo en ser financieramente responsable del pago de todos los servicios prestados en mi nombre y/o de mis dependientes (si los hay).

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o guardián

\_\_\_\_\_  
Fecha