

SERLIG HEALTH ODONTÓLOGIA

Para acelerar la verificación en el proceso, por favor complete toda la información

¿Recibe servicios en cualquiera de nuestros sitios? Por favor marque todas las que apliquen:

Sterling Health Care Sterling Women Care Bath Family Health Services Nicholas Family Health Services

¿Quién le refirió a nuestros servicios dentales de Sterling Health _____

Apellido: _____ nombre: _____

Apodo: _____ Número de Seguro Social: _____ Fecha de nacimiento: _____

GENERO:

Masculino Femenino Transgénico hombre/mujer a hombre o Mujer/hombre a mujer Otro Elige no a revelar

Orientación Sexual: Derecho Lesbiana/o Bisexual homosexual No sabe No desea revelarlo

Estado civil: Divorciado Casado Separado Soltero No sabe Viudo

Raza: indio americano nativo de Alaska asiático Nativo americano africano Negro

Grupo étnico: Hispánico/latino No hispano no latino

Idioma preferido: Inglés Español Necesita interprete

Dirección de residencia: _____ **Código postal:** _____

Número telefónico de casa _____ **Celular:** _____ **Teléfono del trabajo:** _____

Correo electrónico: _____ **comunicación preferida:** teléfono / correo electrónico

Contacto de teléfono preferido: casa Celular trabajo

Con quien vive Solo Con familia Institución Familiar Amigos Esposo/a Sólo

Vivienda Sin hogar Transicional Con otra familia En la calle Con desconocidos Con hogar

Trabajador agrícola Emigrante Estacional Es usted un veterano si no

¿Quién es su proveedor de cuidado primario?

Farmacia: _____

En caso de emergencia, por favor póngase en contacto con:

Nombre Teléfono: relación:

Dirección _____

INFORMACIÓN SOBRE EL SEGURO DENTAL:

Seguro primario: Número de Documento _____ **grupo #** _____

Seguro secundario: Numero de Documento _____ **grupo #** _____

Nombre del suscriptor: _____ fecha de nacimiento _____

Género del Suscriptor: _____ teléfono del suscriptor: _____

Dirección del suscriptor si es diferente a la del paciente: _____

INFORMACIÓN DE EMPLEO

Tiempo completo Medio tiempo Sin trabajo Estudiante de tiempo completo Estudiante medio tiempo

Jubilado No sabe Activo en el servicio militar

Nombre del empleador: _____ teléfono de empleador: _____

Dirección del empleador: _____

INFORMACIÓN DE INGRESO

¿Cuál es su ingreso anual? ¿Cuántas personas viven en su casa? _____

No tiene ingresos Menos de 24.999 25.000 a 39.999 40.000 a 59.999 60.000 a 99.999 100.000 o más

¿Está buscando el tratamiento que se relaciona con una lesión de compensación del trabajador o accidente? Sí No

INFORMACIÓN MÉDICA

Favor de encerrar en un círculo por lo que ha sido tratado.

Presión arterial: alta o baja	Enfermedades del corazón	Válvula del corazón
Fiebre reumática	Asma/EPOC	Accidente cerebrovascular
Hepatitis	Tuberculosis	Convulsiones
Enfermedad del sistema inmune	Problemas estomacales (úlceras, reflujo, etcétera.)	Reemplazo de la articulación
Problemas de la tiroides	Enfermedad del riñón	Problemas de espalda
Alergias	Pancreatitis	Problemas de los senos
Diabetes	Problemas de sangrado	Cáncer de la radiación
Marcapasos	Dolores de cabeza	Hemofilia
Otros:		

ALERGIAS

Lista del doctor de cabecera/ nombre y número del contacto:

Nombre del proveedor: _____ número de teléfono _____

¿Usa tabaco? Sí No

En caso afirmativo: cuánto y qué tipo: _____ cuánto tiempo lo ha utilizado: _____

¿Utiliza sustancias controladas (drogas) o ¿usted las ha utilizado en el pasado? Sí No

¿Ha recibido tratamiento en una clínica de dolor actualmente o en el pasado? Sí No

SÓLO PARA LAS MUJERES

¿Está embarazada o podría estar? Sí No Fecha de la última menstruación _____

¿Está actualmente utilizando cualquier tipo de control de la natalidad? Sí No si es así, ¿qué tipo? _____

Lista de medicamentos que está tomando actualmente o ha tomado en el pasado para la osteoporosis (Actonel, Fosamax y Boniva)

Por favor liste todos los medicamentos: (incluyendo medicamentos de venta libre)

Medicamento	Dosificación/Cantidad	Frecuencia o dosis por día

HISTORIA DENTAL

¿Cuál es la razón de su visita dental? Examen, dolor, inflamación, diente fracturado, relleno dental

¿Por cuánto tiempo ha tenido un problema o una preocupación? _____

¿Cuándo fue tu última visita dental? _____

Motivo de la visita: _____

¿Le han demostrado cómo cepillarse y usar hilo dental? Sí No

¿Cuántos bocadillos Come al día (caramelo, gaseosa, etcétera...)?

Ninguno 1-2 /al día 3 – 4 /al día 5-6 al día más de 4 al día

La información anterior es exacta y completa, en cuanto a lo que se para mi tratamiento, facturación y tramitación de beneficios del seguro al que tengo derecho. No hare responsable a mi odontólogo o a sus empleados por los errores que yo haya cometido al llenar esta solicitud.

Firma del paciente o tutor _____ fecha _____

Firma del dentista _____ fecha _____