**Bienvenido A Cary Lee Dentista Familiar**

**1500 Piney Plains Rd. Suite 101**

**Cary, NC 27518**

**¡ Gracias por elegir nuestro consultorio dental!**

**Por favor, tome un segundo para llenar el formulario.**

|  |
| --- |
| **INFORMACION DEL PACIENTE** |
| **Fecha de Hoy:** | **La Ultima Fecha que Ud. visitó a un Dentista:** |
| **Nombre del Paciente: Apellido Nombre**  | **🞎 Sr.****🞎 Sra.** | **🞎 Sr.** **🞎 Srta.** | **Estado Civil:****Soltero 🞎 Casado 🞎 Div 🞎 Sep 🞎 Viu 🞎**  |
| **Es su nombre legal?****🞎 Si 🞎 No**  | **Si no, cuál es su nombre legal?** | **(Nombre Anterior):** | **Fecha de Nac.****\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_** | **Edad:** | **Sexo:** **🞎 M 🞎 F**  |
| **Número de Seguro Social:****\_\_ - \_\_\_-\_ \_\_\_\_\_** | **Teléfono:****( ) -** |  |
| **Domicilio:** | **Ciudad, Estado** | **Código Postal:** |
| **¿Como encontro este consultorio? (Marque uno):** | **🞎 Referido por el Dr.** |
| **🞎 Familia** | **🞎 Amigo** | **🞎 Cerca de casa** | **🞎 Páginas Amarillas** | **🞎 Otros:** |
| **Email :** |

|  |
| --- |
| **INFORMACION DEL SEGURO DENTAL** |
| **(Por favor, entregue su targeta de seguro y su targeta de conducir a la recepcionista.)** |
| **Por favor indique su seguro principal:****(Marque uno)** | **🞎 Ameritas** | **🞎 Blue Cross Blue Shield** | **🞎 Cigna** |
| **🞎 Delta Dental** | **🞎 Guardian** | **🞎 United Concordia** | **🞎 Otros:** |
| **Nombre del Asegurado:** | **Fecha de Nacimi****\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_** |  **S.S.N del Asegurado:** | **No. del Grupo:** | **Número de Poliza:** |
| **Ocupación:** | **Empleador:** | **Dirección del Empleador:** | **Tel. del Empleador:** **( ) -** |
| **Relación con el Asegurado:** | **🞎 Mismo** | **🞎 Cónyugue** | **🞎 Hijos** | **🞎 Otros:** |
| **Nombre del Seguro Segundario (si se aplica):** | **Nombre del Asegurado:** |  **No. del Grupo:** | **No. de Poliza:** |
| **Relación con el Asegurado:** | **🞎 Mismo** | **🞎 Cónyugue** | **🞎 Hijos** | **🞎 Otros:** |

|  |
| --- |
| **CASO DE EMERGENCIA** |
| **Nombre de amigos o parientes:** | **Relación con el paciente** | **No. de Casa:****( ) -** | **No. del trabajo:****( ) -** |

|  |
| --- |
| **La información escrita arriba es la verdad en mi mejor conocimiento. Autorizo a que mi compañia del seguro pague directamente al dentista. Entiendo que soy responsable por los pagos restantes. También, autorizo al consultorio dental o mi compañia del seguro que entregue las informaciones necesarias para procesar los reclamos.****\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** ***Firma del Paciente/Tutor Fecha:*** |
| **INFORMACION DE SALUD** |
| **Razón de la visita de hoy: 🞎 Examen/Limpieza 🞎 Dolor** **🞎 Caries/Rellenos**  | **Otras Preocupaciones:****\_ \_\_ \_\_\_** |
| **Tiene algunas alergias?****🞎 Si 🞎 No**  | **Si marcó si, por favor, explíque:****\_ \_\_ \_\_\_\_ \_\_ \_\_\_** |
| **Por favor, marque todos los tratamientos que esta recibiendo por:** |
| **🞎 Asma 🞎 Hepatitis****🞎 Anemia 🞎 Soplo Cardíaco****🞎 Depresión 🞎 Presión Arterial Baja****🞎 Diabetes 🞎 Tuberculosis****🞎 Fibromialgia 🞎 Tiroides** **🞎 Presión Arterial Alta 🞎 Otros:****🞎 Colesterol Alto****🞎 Enfermedad Cardiaca** |
| **Está Ud. tomando algunos medicamentos recetados o de venta libre?****🞎 Si 🞎 No**  | **Si marcó que si , por favor, escribe la lista:****\_1. \_\_ \_\_\_\_ \_\_ \_\_\_****\_2. \_\_ \_\_\_\_ \_\_ \_\_\_****\_3. \_\_ \_\_\_\_ \_\_ \_\_\_****\_4. \_\_ \_\_\_\_ \_\_ \_\_\_****\_5. \_\_ \_\_\_\_ \_\_ \_\_\_****\_6. \_\_ \_\_\_\_ \_\_ \_\_\_** |
| **Para Mujeres:****Está Ud. embarazada ó intenta quedarse embarazada?** **🞎 Si 🞎 No**  | **Está tomando las píldoras de anticonceptivos? 🞎 Si 🞎 No**  |
| **Entiendo la necesitad de contestar verdaderamente todas las preguntas. Respondí correctamente en mi mejor conocimiento. También, entiendo la importancia de reportar los cambios del estado de mi salud al dentista. Doy el premiso de obtener desde mi médico familiar algunas informaciones adicionales de mi historia de salud para que me brinde mejor tratamiento.****\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  ***Nombre del Paciente/Tutor*** **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** ***Firma del Paciente/Tutor Fecha*** |