



Sebastian Bouroncle DDS
1900 Opitz Blvd, Ste C, Woodbridge, VA 22191
450 Garrisonville Rd, Ste 201, Stafford, VA 22554
11111 Leavells Rd, Fredericksburg, VA 22407
www.virginianewsmiles.com

¡Bienvenidos! Gracias por seleccionar nuestra oficina dental. Para ayudarnos a atender mejor sus necesidades de salud, por favor complete este formulario con la mayor precisión posible. Muchas gracias.

1. INFORMACION DE PACIENTE

Nombre: _____ Seguro Social # _____
Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____ Sexo: Hombre _____ Mujer _____
Estado Civil: Casado _____ Soltero _____ Otro _____ Como se entero de nuestra oficina? _____
Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado _____ Código Postal _____
Empleador: _____ Ocupación: _____
Doctor Primario: _____ Número de su Doctor Primario: _____
Estudiante a tiempo completo _____

2. TELEFONO & CORREO ELECTRONICO

Teléfono de la casa: _____ Teléfono del trabajo: _____ Teléfono Celular: _____
Correro Electrónico: _____

En caso de alguna emergencia, a quien podemos contactar?

Nombre: _____ Relación con el paciente: _____
Home Phone: _____ Cell #: _____

3. PARTE RESPONSABLE

Quién es la persona responsable del paciente? _____ Relación con el paciente: _____
Seguro Social # _____ Fecha de Nacimiento: _____
Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado _____ Cód. postal _____
Empleador: _____ Telf. Casa: _____ Telf. Trabajo: _____

4. INFORMACIÓN DEL SEGURO

SEGURO PRIMARIO:

Nombre del Titular del seguro: _____ Relación con el paciente: _____
SSN del asegurado : _____ Birth Date: _____
Nombre de la Compañía de Seguros: _____ Empleador: _____
Grupo # _____ ID # _____ Telf. Seguro _____

SEGURO SECUNDARIO:

Nombre del Titular del seguro: _____ Relación con el paciente: _____
SSN del asegurado : _____ Birth Date: _____
Nombre de la Compañía de Seguros: _____ Empleador: _____
Grupo # _____ ID # _____ Telf. Seguro _____

5. HISTORIA MEDICA

- a. Se considera en buen estado de salud? Si No
b. Fuma o consume tabaco en cualquiera de sus formas? Si No
c. Tiene alguna implantes ortopédico, clavo o barra de metal ortopedico Si No
d. Necesita PREMEDICARSE por alguna condición médica? Si No
e. Esta tomando alguna medicina que no necesite prescripción o suplemento medico alternativo? Si No
f. Por favor liste las medicinas que este tomando actualmente: _____

Alguna vez ha tomado Fosamax, Actonel, Boniva, Didronel, Skelid o cualquier otro medicamento para Osteoporosis? Si No
Esta tomando algun anticoagulante? (Aspirin, Plavix, Coumadin...) Si No
Ha tomado alguna vez Phen- Phen? Si No

PARA MUJERES: Toma pastillas anticonceptivas. Si No

Esta embarazada? Si No Si esta embarazada, por favor mencione número de semanas _____

Esta amamantando al bebe o dando de lactar? Si No

Tiene o ha tenido alguno de las siguientes condiciones medicas?

Sangrado anormal	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Presión Alta	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Abuso de Drogas o Alcohol	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	VIH/SIDA	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Anemia	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Problemas en los riñoes	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Artritis	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Problemas de Hígado	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Asma	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Presión arterial baja	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Huesos/Artic./Valvulas Artificiales	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Lupus	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Transfusión de sangre	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Prolapso de la Válvula Mitral	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Cancer/Quimioterapia	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Osteoporosis	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Colitis	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Marca pasos	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Defecto congénito del corazón	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Problemas Psiquiátricos	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Diabetes	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Tratamiento de Radiación	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Dificultad para respirar	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Fiebre Reumática	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Enfisema	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Culebrilla	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Epilepsia / Convulsiones	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Enfermedad de la sangre	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Glaucoma	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Derrame Cerebral	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Ataque al corazon	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Problemos Tiroideos	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Soplo cardíaco	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Tuberculosis	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Cirugía cardíaca	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Ulcera	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Hemofilia	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Enfermedades Venérea	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Hepatitis	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Other : _____	
Herpes/Ampollas Febriles	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		

Es usted alérgico a algo de los siguientes componentes:

Aspirina	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Erytromicina	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Tetracyclina	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Codeína	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Látex	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Penicillina	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

Por favor mencione cualquier otra medicamento o material al que pueda ser alérgico.: _____

6. HISTORIA DENTAL

Cuál es la razon de su visita de hoy? _____ Tiene algun malestar en este momento? Si No
Alguna vez ha tenido problemas con tratamiento dentales? Si No
Alguna vez ha tenido tratamiento en sus encias? Si No
Alguna vez ha tenido dolor en la madibula (TMJ/TMD)? Si No
Tiene sangrado en las encías? Si No
Tiene sensibilidad al frio, calor o ambos en sus dientes? Si No
Cuándo fue su última limpieza dental? _____ Cuántas veces se pasa el hilo dental en la semana? _____

Entiendo que la informacion que he dado hoy, es correcta según mi mejor entendimiento. Entiendo también que esta información se mantendra en total confidencialidad y es mi responsabilidad informar a esta oficina si hubiera algún cambio en mi historia medica.

Firma Paciente / Tutor

Fecha