

Michael Neeley, D.D.S.

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha: _____ *E-Mail: _____
Nombre del paciente _____ Nombre de la esposa _____
Dirección: _____ Ciudad: _____ Código postal: _____
Teléfono de la casa: _____ Teléfono de trabajo: _____ Celular _____
Fecha de Nacimiento: ___/___/___ Número de Seg. Soc.: _____ - _____ - _____
Empleador: _____ Ocupación: _____ Masculino/Femenino
Altura: _____ Peso: _____ Solo: _____ Casado: _____
Si el paciente es menor de edad, los nombres de los padres: _____
A quién podemos agradecer por referirlo a nuestra oficina? _____

PARTE RESPONSABLE

Nombre de la persona responsable de esta cuenta: _____
Dirección: _____ Ciudad: _____ Código postal: _____
Teléfono de la casa: _____ Teléfono de trabajo: _____ Celular _____
Fecha de Nac.: _____ # de Seg. Soc: _____ Relación con el Paciente _____

SEGURO DENTAL INFORMACIÓN

Nombre del Asegurado: _____ Compañía Aseguradora.: _____
Del Asegurado de la Seg Soc#: _____ Fecha de Nac: _____
Compañía de seguro Teléfono #: _____ Compañía de seguro direccion: _____
Empleador del Asegurado: _____ Número de grupo. _____ I.D. #: _____
Nosotros no archivamos los seguros de cobertura doble.

INFORMACIÓN DE EMERGENCIA

Amigo local o pariente más cercano que no vive con usted: _____
Direccion completa: _____
Teléfono de la casa: _____ Otro Numero: _____

DENTAL HISTORIA

Motivo de la visita: _____ Fecha de la última visita al dentista? _____
Fecha de ultimas radiografías tomadas? _____
Cuantas veces se cepilla los dientes? _____ ¿Tiene dolores de cabeza frecuentes / dolores de oído?

Sus encías sangran durante el cepillado / uso de hilo dental? _____
Tratamiento de encías (periodoncia)? _____ Rechina o aprieta los dientes? _____
Sus dientes son sensibles al frío, dulces / líquidos calientes? _____ Tiene lesiones en la cabeza, el cuello o
la mandíbula? _____
Tienes alguna llagas o bultos en o cerca de la boca? _____
Ha notado algún aflojamiento de los dientes? _____
La comida se queda atrapados entre sus dientes? _____
Ha tenido: tratamiento de ortodoncia (frenos)? _____ Cirugía Oral? _____
Alguna ves a tomado algun premedicamiento antes de algun tratamiento dental? _____
Tiene dientes descoloridos que le molestan? _____
Alguna ves a tenido un experiencie? _____