



Thomas Stout D.D.S. ~ Daniel Gordon D.D.S. ~ Steven Prince D.D.S
12723 N. Bellwood – Suite 30, Holland, MI 49424

Bienvenidos! Nos complace darle la bienvenida a nuestra practica. Por favor aproveche algunos minutos para llenar este formulario tan completamente como sea posible. Si usted tiene alguna pregunta, por favor no dude en preguntar. Estaremos encantados de ayudarle a usted.

INFORMACION DEL PACIENTE

Nombre _____ Sobrenombre _____ Seguridad social # _____
Apellido Nombre Inicial

Direccion _____
Calle Apartamento Ciudad EstadoCodigo Postal

Telefono _____ Email _____
Casa Trabajo Celular

Sexo Hombre Mujer Edad ____ Fecha de Nacimiento _____ Soltero Casado Viudo Separado Divorciado

Nombre de Empresario _____ Ocupacion _____

Direccion de su negocio _____
Calle de Suite Ciudad EstadoCodigo Postal

A Quien podemos agradecer por referirlo a nuestra oficina? _____

INFORMACION DE SEGURO

Seguro Primario

(Si no tiene seguro complete poura la persona responsable para la cuenta)

Seguro Secundario

(Si no tiene seguro adicional, dejalo en blanco)

Apellido Nombre Inicial
Calle Apartamento Ciudad EstadoCodigo Postal

Telefono de casa Trabajo Celular

Cumpleanos (Mes/Dia/Año) Relacion al Paciente

Empleador Telefono de Empleador email

Direccion de Calle Ciudad EstadoCodigo Postal

Compania de Seguro Seguro Social

Numero de Contrato Numero de Grupo Numero de Suscriptor

Emergencia Numero

Nombre Apellido

Telefono de Casa Telefono de Trabajo Celular

Apellido Nombre Inicial
Calle Apartamento Ciudad EstadoCodigo Postal

Telefono de casa Trabajo Celular

Cumpleanos (Mes/Dia/Año) Relacion al Paciente

Empleador Telefono de Empleador email

Direccion de Calle Ciudad EstadoCodigo Postal

Compania de Seguro Seguro Social

Numero de Contrato Numero de Grupo Numero de Suscriptor

Algun miembro de su familia has sido tratado en nuestra oficina?

Si' No _____

AUTHORIZACION

Por la presente yo autorizo que todos los beneficios de seguro de otro modo pagadero a mi por servicios prestados, paga directamente a Stout y Gordon Dentista Familia. Yo autorizo el uso de esta firma en todas las presentaciones de seguro. Yo entiendo que soy financieramente responsable de todos los costos de los tratamientos dentales que estan pagados por el seguro. Yo entiendo que tengo que pagar en total en el momento del tratamiento, a menos que los acuerdos anteriores han sido aprobados.

Por el presente yo autorizo que la oficina de Stout, Gordon & Prince Family Dentistry administre propios medicamentos y cumplir diagnosticos, procedimientos fotograficos, y terapeuticos que sean necesarios para propio cuidado dental. La informacion en esta pagina y la pagina de historia dental/medica es correcta a lo mejor de mi conocimiento. Yo autoizo que el dentista desbloquee mi historia dental/medica y otra informacion sobre mi tratamiento dental a los terceros pagadores y/u otros profesionales de la salud.

Sufirma _____ Fecha _____

Por favor rellene ambos lados

HISTORIA DENTAL

Razon principal de esta cita con el dentista: Revisacion Emergencia Otro: _____

En una escala de 0 (no dolor) a 10 (dolor extremo) como calificaria su dolor dental hoy? _____

Check (✓) Si' o no whether you have had any of the following:

- | Si' No | Si' No | Si' No | Si' No |
|---|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Encia sangrando | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Dientes sueltos o espastes rotos | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Molestia de mandibular o quijada | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Sensibilidad al calor |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Mal aliento | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Comida entre los dientes | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Llagas o bultos en la boca | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Sensibilidad al frio |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Enfermedad de encias dentales | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Aprieta o rechina los dientes | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Sensibilidad al mordor | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Sensibilidad a los dulces |

Como se siente acerca de la apariencia de sus dientes? _____

Desea que sus dientes fueran mas blancos? _____ Desea que sus dientes fueran mas rectos? _____

Cuantas veces se cepillar los dientes? _____ Cuantas veces se limpia los dientes con hilo dental? _____

Piensa que usted tiene caries active o una enfermedad de las encias? _____ Quieres mantener sus dientes restantes? _____

Otra informacion que quieres decirnos sobre sus dientes o tratamiento pasado? _____

Dentista Anterior _____ Direccion _____

Telefono del dentista _____ Fecha de su ultima cita dental _____ La fecha de las radiografias ultimas _____

HISTORIA MEDICO

Nombre de Medico _____ Direccion _____

Telefono _____ Fecha de su ultima cita _____ Has tenido una enfermedad seria, injurias, o operaciones? Si' No

Si Si', describa _____

Esta actualmente al cuidado de un medico? Si' No Si Si', por favor describa _____

Tiene alergias materiales (ejemplos: latex, metales, joyas, quimicos, etc.)? Si' No Si Si', por favor enumera todos _____

Tiene alergias a drogas? Si' No Si Si', por favor enumera todos _____

Por Favor anote todos los actuales medicamentos? _____

Alguna vez tomo medicamentos bisfosfonato (Ejemplos: Acido Pamidronico, Acido Zoledronico, Acido Alendronico, Actonel, Ibandronato)? Si' No

Mujeres: Esta embarazada? Si' No Esta amamantando? Si' No Esta tomando pastillas anticonceptivas? Si' No

Check (✓) yes or no whether you have had any of the following:

- | Si' No | Si' No | Si' No | Si' No |
|--|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Sida/VIH positivo | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Dependencia quimica | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Fiebre del heno | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Otros problemas del corazon |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Alcoholismo | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Quimioterapia | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Dolores de Cabeza | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Marcapasos o desfibrilador |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Alergias/Urticarias | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Tos cronica | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Enfermedad de Corazon/Ataque al corazon | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Diarrea persistente |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Anafilaxis | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Nacido con un defecto de corazon | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Soplo cardiaco | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Tratamiento psiquiatrico |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Anaemia | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Medicamento cortisona | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Cirugia de Corazon o trasplante | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Tratamiento con radiacion |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Aneurisma | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Tos con sangre | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hemofilia/trastorno de la coagulacion | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Dialisis renal |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Agina de pecho/dolor de pecho | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hepatitis (Tipo _____) | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Fiebra reumatica |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Arritmias | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Areas decoloradas en la boca | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Alta presion sanguinea | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Enfermedad de celula falciforme |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Enfisema | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Enfermedades de rinones | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Problemas de Sinusitis |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Valvula de Corazon artificial | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Epilepsia o ataques epilepticos | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Leucemia | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Erupciones en la piel/ Salpullido |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Cadera, rodilla, otra articulacion | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Desfallecimiento o mareos | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Enfermedad de higado/cirrhosis hepatica | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Estomago/ulceras intestinales |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ampollas de fiebre; Herpes | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Prolapso de la valvula mitral | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Derrame Cerebral |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Problemas de espalda | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Alergias de comida | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ulceras de boca/aftas | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Enfermedad de Tiroides |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Transfusion de sangre | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Mear frecuentemente | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Nerviosismo | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Habito de tabaco |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Tener dificultades respirar | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Gastritis/Colitis | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Sudores por la noche | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Tuberculosis (TB) |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Moretones con Facilidad | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Glaucoma | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Osteoporosis | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Tumor o cancer |

Ha tenido alguna enfermedad seria, problemas o condiciones no listado mas arriba? Si' No Describa: _____

A lo mejor de mi conocimiento, todas respuestas precedidas son correctas. Si tengo cambios en mi estado de salud o medicamentos, informare al dentista/el personal en la proxima cita sin falta.

Sufirma paciente (Parent or Guardian)

Fecha

Revisado Por: _____ Fecha _____ BP _____ Pulso _____

Revisar de la historia y conclusiones significativas: _____

Por favor rellene ambos lados