

Designing Smiles by Laser  
Ruben Armienta, DDS

## Información del paciente

Fecha \_\_\_\_\_  
Primer Nombre \_\_\_\_\_ Media Inicial \_\_\_\_\_ Apellido \_\_\_\_\_  
Yo prefiero ser llamado (apodo, etc.) \_\_\_\_\_  Hombre  Mujer  
Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ ZIP \_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Numero de Seguro Social \_\_\_\_\_  
Teléfono de casa \_\_\_\_\_ Teléfono de trabajo \_\_\_\_\_ Teléfono celular \_\_\_\_\_  
Número de contacto primario (por favor marque uno)  casa  trabajo  Celular  
Fax ( ) \_\_\_\_\_ Numero de licencia \_\_\_\_\_ Correo electrónico \_\_\_\_\_  
Empleador \_\_\_\_\_ Ocupación \_\_\_\_\_  
Nombre de cónyuge \_\_\_\_\_ Numero Teléfono de cónyuge \_\_\_\_\_  
¿A quien le podemos agradecer la referencia?  
\_\_\_\_\_

## Historia dental

¿Mi principal preocupación dental es \_\_\_\_\_  
¿Está en el dolor?  SI  NO  
Así que, por favor, describa \_\_\_\_\_  
¿Tienes algún problema dental ahora?  YES  NO  
Así que, por favor, describa \_\_\_\_\_  
¿Has tenido problemas con un tratamiento dental previo?  YES  NO  
Así que, por favor, describa: \_\_\_\_\_  
Nivel de ansiedad por ver al dentista (al menos) 1 2 3 4 5 (la mayoría)  
Última visita dental \_\_\_\_\_  
Ciudad \_\_\_\_\_  
¿Por qué estás cambiando dentista? \_\_\_\_\_  
¿Cuántas veces tienes examen dental? \_\_\_\_\_? Con qué frecuencia se cepillo los dientes \_\_\_\_\_  
¿Con qué frecuencia usar hilo dental? \_\_\_\_\_ ¿Qué tipo de cepillo usa?  Duro  media  suave  
¿Qué otras ayudas dentales usas? (Cepillo de dientes eléctrico, palillo, etc.). \_\_\_\_\_

## USO DE OFICINA SOLAMENTE

### \*\*\* ÚNICAMENTE PARA PACIENTES QUE AN VENIDO ANTERIOR \*\*\*

Certifico que he revisado el historial médico de documentos y lista de medicamentos, y he indicado ningún cambio. Reconozco que mis preguntas, si alguno, sobre los elementos mencionados anteriormente han sido contestada a mi satisfacción .yo no celebrará el dentista o a cualquier miembro del personal responsable de los errores u omisiones que pude haber hecho en la cumplimentación del presente formulario.

Fecha: \_\_\_\_\_ Firma del paciente/tutor \_\_\_\_\_  
Fecha: \_\_\_\_\_ Firma del paciente/ tutor \_\_\_\_\_  
Fecha: \_\_\_\_\_ Firma del paciente/tutor \_\_\_\_\_  
Fecha: \_\_\_\_\_ Firma del paciente/tutor \_\_\_\_\_