

# Dr. Ritu Bhardwaj, DDS

620 E. Alvin Dr. #E  
Salinas, CA 93906  
(831) 449-8363



Nuestro objetivo es ayudarle a alcanzar y mantener su máxima salud bucal, una sonrisa de la que esté orgulloso/a. Mientras mejor nos comuniquemos, mejor podremos cuidar de usted y juntos alcanzar esta meta. Por favor complete este formulario en su totalidad. Queremos asegurarnos de estar bien informados sobre su historial médico, historial dental y cualquier otro factor que pueda afectar su salud y tratamiento dental.

## ACERCA DE USTED

¿Cómo se enteró de nosotros? \_\_\_\_\_

Nombre (Primero, Segundo, Apellido): \_\_\_\_\_

Prefiero que me llamen: \_\_\_\_\_ Género:  Masc.  Fem. \_\_\_\_\_

Fecha de nac.: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ # SS: \_\_\_\_\_

Soltero/a  Casado/a  Separado/a  Divorciado/a  Viudo/a  Menor

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ C.P.: \_\_\_\_\_

Tel. casa: \_\_\_\_\_ Cel.: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_ ¿Podemos enviar correo?  Sí  No

Mejor hora del día para contactarle: \_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_

### Contacto de emergencia (alguien que no viva en su hogar):

Nombre: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_

Teléfono de contacto de emergencia: \_\_\_\_\_

## SEGURO DENTAL

Responsable de la cuenta: \_\_\_\_\_

¿Tiene cobertura de seguro dental?  Sí  No

### Seguro Primario

Nombre del suscriptor del seguro: \_\_\_\_\_

Fecha de nac. del suscriptor: \_\_\_\_\_ # SS: \_\_\_\_\_

Compañía de seguro dental, nombre y teléfono: \_\_\_\_\_

# de ID del suscriptor: \_\_\_\_\_ # de grupo: \_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_

Tel. del suscriptor: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_

¿Tiene un seguro secundario?  Sí  No

Nombre del suscriptor del seguro: \_\_\_\_\_

Fecha de nac. del suscriptor: \_\_\_\_\_ # SS: \_\_\_\_\_

Compañía de seguro dental, nombre y teléfono: \_\_\_\_\_

# de ID del suscriptor: \_\_\_\_\_ # de grupo: \_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_

Tel. del suscriptor: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_

## HISTORIAL DENTAL

¿Por qué ha venido a nuestra oficina hoy? \_\_\_\_\_

¿Tiene dolor?  Sí  No Si sí, ¿por cuánto tiempo? \_\_\_\_\_

Dentista anterior: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Última visita al dentista: \_\_\_\_\_

¿Qué se hizo? \_\_\_\_\_ Fecha de últ. limpieza: \_\_\_\_\_

Fecha de últimas radiografías: \_\_\_\_\_

¿Le han dicho que necesita antibióticos antes del tratamiento dental?  Sí  No

### ¿Tiene o ha tenido alguna de las siguientes condiciones? Circule "Sí" o "No"

Mal aliento	Sí No	Comida atrapada entre dientes	Sí No	Dolor alrededor del oído	Sí No
Encías sangrantes	Sí No	Dolor al cepillarse	Sí No	Rechinar o apretar dientes	Sí No
Empastes/dientes rotos	Sí No	Encías hinchadas o dolorosas	Sí No	Sensibilidad al frío/calor/dulce	Sí No
Llagas o crecimientos en la boca	Sí No	Dolor de mandíbula	Sí No	Masticar solo de un lado	Sí No
Morderse labios o mejillas	Sí No	Chasquido de mandíbula	Sí No	Dientes flojos	Sí No
Ronquidos	Sí No	Boca seca	Sí No	Frenillos (brackets)	Sí No

¿Ha tenido algún problema difícil/mala experiencia con algún trabajo dental previo?  Sí  No

Si sí, por favor explique: \_\_\_\_\_

¿Cómo clasificaría su salud dental actual?  Excelente  Buena  Regular  Mala  Muy mala

En una escala del 1-10, ¿cómo calificaría su sonrisa (10 siendo la mejor)? \_\_\_\_\_

¿Le gustaría tener dientes más blancos?  Sí  No ¿Le gustaría tener dientes más rectos?  Sí  No

¿Cuántas veces al día se cepilla/usa hilo dental? \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Tipo de cerdas:  Suaves  Medianas  Duras

# Dr. Ritu Bhardwaj, DDS

620 E. Alvin Dr. #E  
Salinas, CA 93906  
(831) 449-8363

## HISTORIAL MÉDICO

¿Está actualmente bajo el cuidado/supervisión de un médico?  Sí  No

Si sí, por favor explique por qué: \_\_\_\_\_

Nombre del médico: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

¿Está tomando actualmente algún medicamento recetado?  Sí  No

Si sí, liste los medicamentos con diagnóstico correspondiente: \_\_\_\_\_

¿Está tomando anticonceptivos orales (SOLO MUJERES)?  Sí  No

¿Está embarazada?  Sí  No ¿Está amamantando?  Sí  No

### ¿Es alérgico/a a alguno de los siguientes? (circule todos los que apliquen):

Penicilina Clindamicina Ibuprofeno/Motrin Aspirina Vicodin Percocet Codeína Látex Barbitúricos/Pastillas para dormir  
Anestésicos dentales (ej. Lidocaína) Augmentina Eritromicina Tetraciclina Joyas/Metales Sulfa

Liste cualquier otra alergia: \_\_\_\_\_

### ¿Ha tenido alguna de las siguientes condiciones médicas? Circule "Sí" o "No"

Sangrado anormal Sí No	Desmayos Sí No	Prolapso válvula mitral Sí No
Abuso de alcohol/drogas Sí No	Dolores de cabeza frecuentes Sí No	Marcapasos Sí No
Anemia Sí No	Glaucoma Sí No	Tratamiento psiquiátrico Sí No
Artritis Sí No	Fiebre del heno Sí No	Tratamiento con radiación Sí No
Articulaciones/válvulas artificiales Sí No	Ataque al corazón Sí No	Fiebre reumática/escarlatina Sí No
Asma Sí No	Soplo cardíaco Sí No	Convulsiones Sí No
Transfusión de sangre Sí No	Cirugía del corazón Sí No	Culebrilla (herpes zóster) Sí No
Cáncer/Quimioterapia Sí No	Hemofilia Sí No	Enfermedad células falciformes Sí No
Colitis Sí No	Hepatitis Sí No	Problemas de sinusitis Sí No
Defecto cardíaco congénito Sí No	Herpes/Ampollas febriles Sí No	Derrame cerebral Sí No
Diabetes Sí No	Presión arterial alta/baja Sí No	Dependencia del tabaco Sí No
Dificultad para respirar Sí No	VIH o SIDA Sí No	Problemas de tiroides Sí No
Enfisema Sí No	Problemas renales Sí No	Tuberculosis Sí No
Epilepsia Sí No	Enfermedad del hígado Sí No	Enfermedad venérea Sí No

Explique cualquier condición médica seria que haya tenido: \_\_\_\_\_

**Reconozco que la información proporcionada en este formulario es correcta según mi mejor conocimiento, y entiendo que esta información se mantendrá en la más estricta confidencialidad. También entiendo que es mi responsabilidad informar a esta oficina de cualquier cambio en mi seguro o estado médico. Entiendo que estoy obligado/a a pagar por cualquier servicio dental proporcionado. Por la presente autorizo el pago directamente a este doctor, que de otra manera sería pagadero a mí. En la situación donde mi plan de seguro no pague una porción o un procedimiento, reconozco que soy responsable de pagar en su totalidad por dicho procedimiento. Autorizo a este equipo dental a realizar cualquier servicio dental necesario que pueda necesitar y al que haya dado mi consentimiento durante el diagnóstico y tratamiento.**

Firma del paciente (Padre o tutor)	Fecha	Firma del dentista revisor	Fecha