

# Formulario de Admisión para Nuevos Pacientes Dentales

Complete este formulario para registrar su información personal, historial médico y dental, y otorgar los consentimientos necesarios antes de su primera cita.

## Información del Paciente

Complete sus datos personales.

**Nombre completo del paciente \***

**Fecha de nacimiento \***

**Teléfono de contacto \***

**Correo electrónico**

## Responsable de la Cuenta

En caso de menores de edad o si otra persona es responsable de la cuenta.

**Nombre del responsable de la cuenta**

**Relación con el paciente**

**Teléfono del responsable**

## Información del Seguro Dental

Complete si cuenta con seguro dental.

### Nombre de la aseguradora dental

### Número de póliza o identificación del seguro

## Historial Dental

Responda sobre su salud dental.

### Motivo principal de su visita dental \*

### ¿Ha tenido dolor dental reciente? \*

- Sí  
 No

### ¿Sangrado de encías al cepillarse? \*

- Sí  
 No

### ¿Sensibilidad dental al frío/calor? \*

- Sí  
 No

### ¿Algún otro problema dental o comentario?

## Historial Médico General

Responda sobre su salud general.

### ¿Padece alguna de las siguientes condiciones médicas? \*

- Diabetes
- Hipertensión
- Alergias
- Asma
- Epilepsia
- Enfermedad cardíaca
- Problemas de coagulación
- Enfermedad renal
- Ninguna de las anteriores
- Other

Si marcó alguna condición médica, por favor describa brevemente.

### ¿Ha sido hospitalizado o tenido cirugías? \*

- Sí
- No

Si respondió sí, describa la(s) cirugía(s) o motivo de hospitalización.

**¿Toma actualmente algún medicamento? Especifique nombre y dosis.**

**¿Está embarazada? (solo para mujeres)**

- Sí
- No
- No aplica

### **Consentimiento para Tratamiento**

Lea y acepte para poder recibir atención dental.

**Acepto y consiento recibir el tratamiento dental recomendado. \***

- Acepto

### **Políticas Financieras**

Lea y acepte las políticas financieras de la clínica.

**He leído y acepto las políticas financieras de la clínica. \***

- Acepto

### **Aviso de Privacidad HIPAA**

Su información será tratada de acuerdo a la normativa de privacidad.

**He leído y acepto el aviso de privacidad y el manejo confidencial de mis datos. \***

- Acepto

**Firma**