



Graystone Family Dental  
3421 Graystone PL SE  
Conover, NC 28613  
(828)328-3418

Fecha \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Sexo    M    H Edad    Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_  
(Apellido) (Primer nombre)

Direccion \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_

Estado \_\_\_\_\_ Codigo Postal \_\_\_\_\_ Telefono Celular \_\_\_\_\_

Estado Civil: Casado    Viudo    Soltero    Menor    Separado    Divorciado    Compañero   

**SEGURO SOCIAL:** \_\_\_\_\_ **Correo Electronico:** \_\_\_\_\_

Empleador/Escuela \_\_\_\_\_ Telefono de Trabajo: \_\_\_\_\_

### **Contacto de Emergencia**

Nombre \_\_\_\_\_ Relacion al paciente \_\_\_\_\_  
Apellido Primer Nombre

Telefono de Casa \_\_\_\_\_ Telefono Celular \_\_\_\_\_ Telefono de Trabajo \_\_\_\_\_

### **Informacion del Seguro Dental**

Quien es responsable de esta cuenta: \_\_\_\_\_ Relacion al Paciente \_\_\_\_\_

Telefono de Casa \_\_\_\_\_ Telefono Celular \_\_\_\_\_

Compañia de Seguro \_\_\_\_\_ Numero de Grupo \_\_\_\_\_

Nombre del subscriptor: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Seguro Social: \_\_\_\_\_ Empleador \_\_\_\_\_

**\*Si el paciente tiene seguro adicional porfavor notifique en Recepcion\***



Graystone Family Dental  
3421 Graystone PL SE  
Conover, NC 28613  
(828)328-3418

### **Responsabilidad Financiera**

Certifico que yo, o mi dependiente (s), tenemos la cobertura de seguros con \_\_\_\_\_ (Nombre de compañía de seguro) y que pague directamente a GRAYSTONE FAMILY DENTAL las cantidades que serian pagados a mi por servicios recibidos. Entiendo que soy economicamente responsable de todos los gastos no pagados por el seguro. Autorizo el uso de mi firma en todas las submisiones de seguros.

El dentista mencionado puede usar mi informacion de asistencia medica y puede revelar tal informacion a la compañía de seguro mencionada y sus agentes, para determinar la cantidad ( o por ciento) que el seguro pagara por los servicios administrados y para obtener el pago por dichos servicios. Este consentimiento se termina cuando mi tratamiento haya terminado o un año de la fecha en que fue firmado.

Firma/Relacion: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

### **Historia Dental**

Razon de su visita: \_\_\_\_\_

Nombre de su dentista anterior \_\_\_\_\_

Fecha de su ultima visita \_\_\_\_\_ Fecha de sus ultimas radiografias \_\_\_\_\_

### **Historial Medico**

Nombre del Medico: \_\_\_\_\_ Fecha de su ultima visita: \_\_\_\_\_

Nombre de la practica: \_\_\_\_\_ Numero de Telefono: \_\_\_\_\_

Fuma:  SI  NO cuantos al dia? \_\_\_\_\_

### **MUJER :**

Esta embarazada?  SI  NO FECHA DE PARTO \_\_\_\_\_

Esta amamantando?  SI  NO Esta tomando anticonceptivos?  SI  NO

Tiene historial de endocarditis?  SI  NO Cuando fue diagnosticado? \_\_\_\_\_

Ha tenido antecedentes de Cancer?  SI  NO Que tipo de Cancer? \_\_\_\_\_

Estas recibiendo quimioterapia o tratamiento de radiacion?  SI  NO



Graystone Family Dental  
3421 Graystone PL SE  
Conover, NC 28613  
(828)328-3418

Alguna vez ha tomado Fosamax (Alendronato), Boniva (Ibandronato), Actonel (Risedronate) o algun otro medicamento que contenga "**Bifosfonatos**"?  SI  NO

Estas tomando actualmente anticoagulantes?  SI  NO Desde Cuando? \_\_\_\_\_

Tiene algun stent, valvula o reemplazo de articulacion?  SI  NO Desde Cuando \_\_\_\_\_

Tienes antecedentes de algun infarto de corazon o derrame cerebral?  SI  NO Cuando?\_\_

**LISTA DE MEDICAMENTOS QUE ESTAS TOMANDO:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**LISTA DE CUALQUIER TIPO ALLERGIAS:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**NOMBRE DEL PACIENTE:** \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

**Nombre de la Farmacia:** \_\_\_\_\_ Numero de Telefono \_\_\_\_\_

Direccion \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Codigo Postal \_\_\_\_\_



Graystone Family Dental  
 3421 Graystone PL SE  
 Conover, NC 28613  
 (828)328-3418

**Ponga una marca (X) en "SI" o "NO" para indicar si usted tiene o ha tenido cualquiera de los siguientes:**

SIDA/HIV	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Epilepsia	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Fiebre reumatica	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Anemia	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Desmayos o Mareos	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Fiebre escarlata	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Artritis, reumatismo	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Glaucoma	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Dificultad para respirar	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Valvulas cardiacas artificiales	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Dolores de Cabeza	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Problema de sinusitis	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Conyunturas Artificiales	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Soplo Cardiaco	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Sarpullido	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Asma	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Problemas del Corazon	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Dieta especial	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Sangrado anormal con		Tipo de hepatitis	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Derrame cerebral	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
extracciones o cirugia	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Herpes	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Pies/tobillos hinchados	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Enfermedad sanguinea	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Hipertension	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Glaundulas hinchadas	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Cancer	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Ictericia	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Problemas de tiroides	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Dependencia Quimica	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Enfermedad renal	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Tuberculosis	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Quimioterapia	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Enfermedad del Hgado	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Tumor	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Problemas de circulacion	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Presion alta/ baja	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Ulcera	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Lesiones cardiacas congenitas	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Prolapso de la valvula mitral	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Perdida de Peso	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Tratamientos de cortisona	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Problemas nervisos	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	OTRO: _____	
Tos persistente o con sangre	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Marcapasos	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
Diabetes	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Cuidado psiquiatrico	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
Enfisema	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Tratamiento de radiacion	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		

**Notas Adicionales:** \_\_\_\_\_

---



---



---