

Crown Dental Inc.
Family & Cosmetic Dentistry

4812 N. Habana Avenue, Tampa, FL 33614
Phone: (813)873-0271 - Fax (813)873-2929

Bienvenido

Gracias por seleccionar nuestra oficina dental. Nosotros nos esforzaremos en brindarle la mejor atención dental posible. Para ayudarnos a conocer todas sus necesidades dentales, por favor llene este formulario. Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda para completar el mismo, por favor pregúntenos y con mucho gusto le asistiremos.

This form is available in English

No. de Paciente: _____

No. de Seg. Soc.: _____

Fecha: _____

Información del Paciente (Confidencial)

Nombre _____ Fecha de Nacimiento _____ Teléfono Casa _____

E-mail _____ Teléfono Celular _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Zip _____

Marque la opción apropiada: Menor Soltero Casado Divorciado Viudo Separado

Empleo del paciente, padre/guardián _____ Teléfono _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Zip _____

Nombre de esposo(a) _____ Empleo _____ Teléfono _____

Si el paciente es estudiante, nombre de escuela/universidad _____ Ciudad _____ Estado _____

Como supiste de nosotros? Amistad Website FaceBook Otra Forma _____

Relación _____ Teléfono _____ Nombre de su farmacia _____

Teléfono _____

Persona Responsable

Nombre de la persona responsable por la cuenta _____ Relación con paciente _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Zip _____ Teléfono _____

Licencia de conducir # _____ Fecha de Nacimiento _____ Nombre de su banco _____

Empleo _____ Teléfono _____

Es esta persona paciente en nuestra oficina? Si No

Información del Seguro

Nombre del asegurado _____ Relación con el paciente _____

Compañía de Seguro Primario _____ Teléfono _____

Numero de Póliza _____ Grupo _____

Tiene seguro adicional? Si No Si es "Si" complete lo siguiente.

Seguro Secundario _____ Teléfono _____

Numero de Póliza _____ Grupo _____

Historia Médica del Paciente

Médico General _____ Teléfono _____ Fecha de último examen _____

Esta usted bajo cuidado médico actualmente? Si No

Ha estado usted hospitalizado por alguna cirugía o enfermedad seria? Si No

Tiene usted articulaciones artificiales (rodillas, caderas, etc.), tornillos o laminas de metal? Si No

Esta tomando medicamentos para aguar la sangre, incluyendo Aspirina? Si No

Padece de sleep apnea (ronca cuando duerme) Si No

Toma bebidas alcohólicas? Si No

Es fumador? Si No

Usa cocaína u otras drogas? Si No

Es alérgico? Ha tenido alergia o alguna reacción a?

Aspirina Si No

Antibiótico (penicilina) Si No

Anestésicos Locales (epinefrina) Si No

Sedativos, analgésicos (codeína) Si No

Otros (si, especificalos) _____ Si No

