

HISTORIAL MEDICO

Información Del Paciente:

Nombre Del Paciente: _____

Apellido _____ Nombre _____ Inicial _____

Dirección: _____

Dirección Cuidad _____ Estado _____ Código _____ Postal _____

Correo Electrónico: _____ No. Seguro Social: _____ - _____ - _____ Fecha de Nacimiento: _____ / _____ / _____ Edad: _____

Sexo: M F Teléfono de Casa: _____ Celular: _____ No. Alt: _____

Información del Padre/Guardián:

Relación al Paciente:

Si Mismo

Nombre: _____

Apellido _____ Nombre _____ Inicial _____

No. Seguro Social: _____ - _____ - _____ No Seguro Dental: _____ No. Licencia: _____

Fecha De Nacimiento: _____ / _____ / _____ Teléfono de Seguro Dental: _____ Group No.: _____

Empleador: _____ Dirección: _____

Teléfono de Casa: _____ Celular: _____ Trabajo: _____

Nombre y teléfono de un pariente que no viva con usted: _____

Como Escucho De Nuestra Oficina? Por Favor Marque abajo:

- | | | | |
|---|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Online | <input type="checkbox"/> Volantes / Correo | <input type="checkbox"/> Anuncio Impreso | <input type="checkbox"/> Cartelera |
| <input type="checkbox"/> Radio | <input type="checkbox"/> TV | <input type="checkbox"/> Evento de la Comunidad | <input type="checkbox"/> Feria de Salud / Evaluacion de Salud |
| <input type="checkbox"/> Medico de Referencia | <input type="checkbox"/> Conduciendo / Caminando por la Oficina | <input type="checkbox"/> Medicaid | <input type="checkbox"/> Seguro Dental/Empleador |
| <input type="checkbox"/> Amigo / Familiares | <input type="checkbox"/> Empleado de Nosotros | <input type="checkbox"/> Otro (Especifique) _____ | |

Razón de su visita hoy: _____ Fecha de su última visita dental: _____

Ha tenido alguna vez una situación que no le gusto en una oficina dental que nos quiera decir? Si No

Si es así, favor de explicar: _____

¿Estás nervioso por tratamiento dental? Si No

¿Le sangran las encías, están sensibles o irritadas? Si No

Está satisfecho con la apariencia de sus dientes? Si No

¿Son sus dientes sensibles? Si No

¿Tiene dientes descolorados que le molestan? Si No

En caso afirmativo, ¿a qué? Dulces Caliente Fria Presión

¿Estás viendo a un médico? Si No El nombre y número de teléfono de su médico (s) _____

Si es así, ¿cuál es la enfermedad que padece? _____

¿Está tomando algún medicamento? Si No En caso afirmativo, indique: _____

¿Ha tomado o está tomando aspirina? Si No

¿Usa productos de tabaco? Si No Si es así, ¿qué tipo y cuánto? _____

¿Usa alcohol? Si No Si es así, ¿cuántas unidades por semana? _____

¿Si es mujer, usted esta o se sospecha que está embarazada? Si No Months: _____

¿Usted a tomado o está tomando actualmente Bisphosphonates orales? Actonel Boniva Fosamax Skelif Didrone Otro _____

¿Ha tenido algún reemplazo de articulaciones? Si No Si es así, ¿cuándo? _____

¿Hay algo más que debamos saber sobre su salud que no esté previsto en este formulario? Si No

En caso afirmativo, por favor explique: _____

Por favor marque de las siguientes condiciones que usted ha tenido o tiene en la actualidad: NINGUNO

- | | | | |
|---|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Enfermedad del corazón | <input type="checkbox"/> Enfermedad de los riñones | <input type="checkbox"/> Enfermedad de la Tiroides | <input type="checkbox"/> Enfermedad de células falciformes |
| <input type="checkbox"/> Soplo cardíaco | <input type="checkbox"/> La pérdida de hueso | <input type="checkbox"/> Quimioterapia: (Cáncer,leucemia) | <input type="checkbox"/> Hipertensión |
| <input type="checkbox"/> Epilepsia o convulsiones | <input type="checkbox"/> Contusión fácilmente en la piel | <input type="checkbox"/> Enfermedad de la Sangre | <input type="checkbox"/> Úlceras <input type="checkbox"/> Hemofilia |
| <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Fiebre reumática | <input type="checkbox"/> Enfisema | <input type="checkbox"/> Reumatismo |
| <input type="checkbox"/> Dolor en la articulación de la mandíbula | <input type="checkbox"/> Enfermedad venérea | <input type="checkbox"/> Tuberculosis | |
| <input type="checkbox"/> Reemplazo de Articulaciones | <input type="checkbox"/> Marcapasos del Corazón | <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> La Cortisona Medicina |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Fiebre de heno | <input type="checkbox"/> Glaucoma |
| <input type="checkbox"/> Escarlatina | <input type="checkbox"/> VIH + SIDA | <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Nerviosismo |

Por favor marque cualquiera de los siguientes elementos a cual le tiene alergia: NINGUNO

- | | | | |
|--|-------------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> Anestésicos locales | <input type="checkbox"/> Penicilina | <input type="checkbox"/> Codeína u otros narcóticos | <input type="checkbox"/> Fen-Phen |
| <input type="checkbox"/> Aspirina | <input type="checkbox"/> Yodo | <input type="checkbox"/> Los barbitúricos o sedantes | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |
| <input type="checkbox"/> Iodine | <input type="checkbox"/> Sulfatos | <input type="checkbox"/> Látex | <input type="checkbox"/> Otros antibióticos: _____ |

Al mejor de mi conocimiento, todas las respuestas anteriores son verdaderas y correctas. Si alguna vez tiene algún cambio en mi salud, o si cualquier cambio de medicamentos, informaré a mi dentista en la próxima cita.

Firma del Paciente / Padre / Tutor

Medical History Update: _____

Dr. _____ Date _____

Dr. _____ Date _____

Dr. _____ Date _____