

Masculino Mujer

INFORMACION DEL PACIENTE

Fecha: _____

Nombre del paciente: _____ email: _____
Apellido Nombre Inicial del Segundo Nombre
Fecha de nacimiento: ____/____/____ Casado Soltero Menor Núm. Del Seguro Social: _____
Telefono(Particular): (____) _____ (Celular): (____) _____ (Trabajo): (____) _____
Dirección: _____
Calle Dept.# Ciudad Estado Código postal
Empleador del paciente: _____ Ocupacion: _____
Persona con quién comunicarse en caso de emergencia: _____ Relecion: _____ Telefono(____) _____
Si usted esta llenando este formulario por otra persona, ¿Qué relación o parentesco hay enter ustedes? Nombre: _____ Relecion: _____
¿A quién podemos agradecer por recomendarlo a este consultorio? _____

Información de Persona Responsable

Nombre: _____ Relación: _____ Núm.de licencia de conducir: _____
 Masculino Mujer Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Casado Soltero Otro Núm. de Seguro Social: _____
Dirección: _____
Calle Depto.# Ciudad Estado Código postal
Teléfono (Particular): (____) _____ (Celular): (____) _____ (Trabajo): (____) _____

Información sobre cobertura dental

Cobertura dental principal

Si usted **NO** tiene una cobertura principal, por favor marque esta celda

Nombre del asegurado: _____ Last First MI Fecha de nacimiento: ____/____/____ El paciente es el asegurado? Sí No
Núm. de seguro social: _____ Relación con el paciente: _____
Dirección(si es distinta de la anterior): _____
calle Ciudad Estado Codigo Postal
Compañía de seguro dental: _____ #ID _____ Telefono: _____
Dirección de asseguranza: _____
Nombre de Empleador: _____ Telefono: _____
Dirección del Empleador: _____
Calle Ciudad Estado Codigo Postal

Cobertura dental secundaria

Si usted **NO** tiene una cobertura secundaria, por favor marque esta celda

Nombre del asegurado: _____ Last First MI Fecha de nacimiento: ____/____/____ El paciente es el asegurado? Sí No
Núm. de Seguro Social: _____ Relación con el paciente: _____
Dirección(si es distinta de la anterior): _____
Calle Ciudad Estado Codigo Postal
Compañía de seguro dental: _____ #ID: _____ Telefono: _____
Dirección de asseguranza: _____
Nombre de Empleador: _____ Telefono: _____
Dirección del Empleador: _____
Calle Ciudad Estado Codigo Postal

HISTORIAL DENTAL

Por favor responda a cada pregunta marcando con un círculo Sí o No.

¿Tiene un problema dental específico o una queja principal? Descríbalo: _____ Sí No
¿Le hacen exámenes dentales con regularidad? ¿Cuándo fue su última cita? _____ Sí No
¿Piensa usted que tiene caries o enfermedad de las encías? _____ Sí No
¿Se cepilla los dientes y usa seda dental con regularidad? Descríbalo: _____ Sí No
¿Le sangran las encías? Descríbalo: _____ Sí No
¿Le gusta su sonrisa? ¿Por qué? _____ Sí No
¿Quiere conservar los dientes que le quedan? _____ Sí No
¿Siente que la mandibular le truena, le suena o le molesta? ¿Tiende a rechinar los dientes o a "moler" la mandibular sin pensar? _____ Sí No
¿Ha tenido buenas experiencias en el consultorio dental? _____ Sí No
Nombre de su dentist anterior: _____ Fecha de la última vez que le tomaron radiografías completas de la boca: ____/____/____

DECLARO QUE LA INFORMACION QUE PROPORCIONE ARRIBA ES CORRECTA Y COMPLETA.

Fecha: ____/____/____ Firma: _____

(Si el paciente es menor de edad, incluya el nombre en letras de molde y la firma del padre o tutor legal)

HISTORIAL MEDICO

Nombre del paciente: _____ Fecha: _____
Apellido Nombre Inicial del Segundo Nombre

Por favor responda a cada pregunta marcando la celda apropiada o poniendo un circulo en Si o No.

1. ¿Goza de buena salud?..... Sí No
2. Fecha de su ultimo examen médico: _____
3. ¿Lo está atendiendo un medico actualmente?..... Sí No
 Si es así, ¿cuál es la enfermedad o condición? _____
 Nombre del médico: _____ Telefono: _____
4. ¿Ha tenido una enfermedad grave, lo han operado o esta hospitalizado?..... Sí No
 Por favor explique: _____
5. ¿Está usted tomando algún medicamento?..... Sí No
 Si es así, ¿qué está tomando? _____ ¿Qué dosis? _____
6. ¿Usa usted actualmente drogas recreativas (p.ej. marihuana, cocaina) o sustancias controladas?..... Sí No
 Si es así, ¿qué? _____
7. ¿Le han dado alguna vez antibióticos como medida preventiva antes de recibir tratamiento dental?..... Sí No
8. ¿Tiene usted sensibilidad o alergias a algunos medicamentos o materiales? Penicilina Tetraciclina Eritromicina
 Aspirina Codeína Látex Otro Si marcó otro, por favor indique cuál: _____ Sí No
9. ¿Tiene o ha tenido algunos de los siguientes?: Por favor marque "S" pa Sí o "N" para NO- response a todas las enfermedades:

- | | | | |
|---|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N SIDA | <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Medicamentos con cortisone | <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Hemofilia | <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Enfermedades respiratorias |
| <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Alergias o urticarial | <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Diabetes | <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Hepatitis o ictericia | <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Fiebre reumática |
| <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Alergias a metals | <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Dificultad en tragar | <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Herpes | <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Reumatismo |
| <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Anemia | <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Farmacodependencia | <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Alta presión arterial | <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Anemia de células falciformes |
| <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Angina de pecho | <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Enfisema | <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N VIH Positivo | <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Problemas de los senos paranasales |
| <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Artritis | <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Epilepsia o convulsions | <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Remplazo de una articulación | <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Ulceras estomacales |
| <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Válvula cardiac artificial | <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Sangrado excesivo | <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Enfermedades Renales | <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Embolia |
| <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Asma | <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Desmayos o Convulsiones | <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Enfermedades Hepáticas | <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Disfunción de la articulacion temporomandibular |
| <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Enfermedades de la sangre | <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Glaucoma | <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Trastornos mentales | <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Enfermedades de la tiroides |
| <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Transfusiones de sangre | <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Fiebre del heno | <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Prolapso de la válvula mitral | <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Amigdalitis |
| <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Forma moretones facilmente | <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Lesiones en la cabeza | <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Trastornos nerviosos | <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Tuberculosis |
| <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Quimioterapia | <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Problemas del Corazon/ataque cardiaco | <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Dolor en las articulaciones de la mandibula | <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Tumores o masas |
| <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Ulceras en la boca1 | <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Insuficiencia cardiac | <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Tratamiento psiquiátrico | <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Enfermedades venéras |
| <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Lesiones del corazón congénitas | <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Soplo cardiaco | <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Tratamiento por radiación | |

10. ¿Es portador de un marcapasos cardiaco o ha tenido cirugía del corazón?..... Sí No
 Si es así, por favor explique: _____
11. ¿Fuma, masca o usa otros tipos de tabaco? Cigarrillos Habanos Masca Rapé Otro Sí No
 Si es así ¿Cuánto? _____
12. ¿Consume bebidas alcohólicas? Si es así ¿Cuánto?..... Sí No
13. ¿Alguna vez ha tomado el medicamento "Fen-Phen" o "Redux"? Sí No
14. ¿Esta tomando o alguna vez a tomado el medicamento Bisphosphonates para osteoporosis, multiple myeloma o otros cancers (Reclast, Fosamax, Actonel, Boniva, Aredia, Zometa)?..... Sí No
15. ¿Está usted embarazada? Si es así ¿Cuántos meses?..... N/D Sí No
16. ¿Tiene problemas relacionados con su menstruación? N/D Sí No
17. ¿Toma píldoras anticonceptivas? N/D Sí No
18. ¿Hay algo más sobre su salud que no hayamos mencionado arriba? N/D Sí No
 Por favor explique: _____

1º DECLARO QUE LA INFORMACION QUE PROPORCIONE ARRIBA ES CORRECTA Y COMPLETA.

Fecha: _____ Firma: _____

(Si el paciente es menor de edad, incluya el nombre en letras de molde y la firma del padre o tutor legal.)

<p>2º ACTUALIZACION-A partir de su última cita</p> <p>1. ¿Ha visto a un médico?.....Sí No 2. ¿Ha cambiado alguno de sus medicamentos?Sí No 3. ¿Ha habido un cambio en cuanto a sus padecimientos? O ha tenido cirugía?.....Sí No <i>Si es así, por favor explique:</i> _____</p> <p>Fecha: _____ Firma: _____</p>	<p>3º ACTUALIZACION-A partir de su última cita</p> <p>1. ¿Ha visto a un médico?.....Sí No 2. ¿Ha cambiado alguno de sus medicamentos?Sí No 3. ¿Ha habido un cambio en cuanto a sus padecimientos? O ha tenido cirugía?.....Sí No <i>Si es así, por favor explique:</i> _____</p> <p>Fecha: _____ Firma: _____</p>	<p>4º ACTUALIZACION-A partir de su última cita</p> <p>1. ¿Ha visto a un medico?.....Sí No 2. ¿Ha cambiado alguno de sus medicamentos?Sí No 3. ¿Ha habido un cambio en cuanto a sus padecimientos? O ha tenido cirugía?.....Sí No <i>Si es así, por favor explique:</i> _____</p> <p>Fecha: _____ Firma: _____</p>
---	---	---

RESERVADO AL USO DE OFICINA

	Date	B.P	PULSE	REVIEWED BY	DENTIST'S COMMENTS
1ST	___/___/___	___/___	___	_____	_____
2ND	___/___/___	___/___	___	_____	_____
3RD	___/___/___	___/___	___	_____	_____
4TH	___/___/___	___/___	___	_____	_____

