

HISTORIAL MEDICO

Fecha _____

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? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	¿Le sangran las encías, están sensibles o irritadas? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	¿Está satisfecho con la apariencia de sus dientes? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
--	---	---

¿Son sus dientes sensibles? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	¿Tiene dientes descolorados que le molestan? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> 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"/> Hemofilia |
| <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"/> Demencia / Alzheimer |
| <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"/> La Cortisona Medicina |
| <input type="checkbox"/> Reemplazo de Articulaciones | <input type="checkbox"/> Marcapasos del Corazón | <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Glaucoma |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Fiebre de heno | <input type="checkbox"/> Nerviosismo |
| <input type="checkbox"/> Escarlatina | <input type="checkbox"/> VIH + SIDA | <input type="checkbox"/> Anemia | |

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 _____