

HISTORIAL MEDICO

Fecha _____

Información Del Paciente:

Nombre Del Paciente: _____

Dirección: _____

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: _____

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:

- | | | | |
|---|---|---|---|
| ☐ Online | ☐ Volantes / Correo | ☐ Anuncio Impreso | ☐ Cartelera |
| ☐ Radio | ☐ TV | ☐ Evento de la Comunidad | ☐ Feria de Salud / Evaluacion de Salud |
| ☐ Medico de Referencia | ☐ Conduciendo / Caminando por la Oficina | ☐ Medicaid | ☐ Seguro Dental/Empleador |
| ☐ Amigo / Familiares | ☐ Empleado de Nosotros | ☐ 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

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

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

☐ NINGUNO

- | | | | |
|--|-------------------------------------|--|--|
| ☐ Anestésicos locales | ☐ Penicilina | ☐ Codeína u otros narcóticos | ☐ Fen-Phen |
| ☐ Aspirina | ☐ Yodo | ☐ Los barbitúricos o sedantes | ☐ Otro: _____ |
| ☐ Iodine | ☐ Sulfatos | ☐ Látex | ☐ 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 _____