



INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre del paciente: _____ Email: _____ Fecha: _____
Apellido Nombre Inicial del segundo nombre

Dirección: _____
Calle Depto. # Ciudad Estado Código postal

Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____ Teléfono: Particular: _____ Trabajo: _____ Celular /Bíper: _____

Estatura: ____ Peso: ____ Sexo: M F Marque la celda apropiada: Menor Soltero Casado Viudo Separado
Si es usted estudiante, _____ Tiempo completo Medio tiempo

Nombre de la escuela / universidad _____ Ciudad _____ Estado _____ Grado _____
Empleador del paciente: _____ Ocupación: _____ Núm. del Seguro Social: _____

Dirección de su trabajo: _____
Calle Oficina núm. Ciudad Estado Código postal

Nombre de su cónyuge: _____ Empleador: _____ Teléfono en el trabajo: _____

Persona con quién comunicarse en caso de emergencia: _____ Parentesco: _____ Teléfono: _____
Si usted llena este formulario en nombre de otra persona, ¿Qué relación o parentesco hay entre ustedes? _____

Quien lo referio a nuestra oficina? O como escucho usted sobre nuestra oficina? _____

Nombre de la persona responsable de esta cuenta: _____ Relación con el paciente: _____
Dirección (si es distinta de la anterior): _____
Calle Depto. # Ciudad Estado Código postal

Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____ Teléfono: Particular: _____ Trabajo: _____

Núm. del Seguro Social: _____ Núm. de la licencia de conducir: _____

Información sobre su cobertura dental principal Si usted NO tiene una cobertura principal, por favor marque esta celda:

Nombre del asegurado: _____ Relación con el paciente: _____ Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____
Dirección (si es distinta de la anterior): _____ Ciudad: _____ Estado: ____ Código postal: _____

Núm. del Seguro Social: _____ Núm. de la licencia de conducir: _____ Fecha en que fue contratado: _____

Nombre del empleador: _____ Sindicato o local: _____ Teléfono: Trabajo: _____ Particular: _____
Dirección del empleador: _____ Ciudad: _____ Estado: ____ Código postal: _____

Compañía de seguro dental: _____ Núm. de grupo: _____ Póliza/Núm. de identificación: _____

Información sobre su cobertura dental secundaria Si usted NO tiene una cobertura secundaria, por favor marque esta celda:

Nombre del asegurado: _____ Relación con el paciente: _____ Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____
Dirección (si es distinta de la anterior): _____ Ciudad: _____ Estado: ____ Código postal: _____

Núm. del Seguro Social: _____ Núm. de la licencia de conducir: _____ Fecha en que fue contratado: _____

Nombre del empleador: _____ Sindicato o local: _____ Teléfono: Trabajo: _____ Particular: _____
Dirección del empleador: _____ Ciudad: _____ Estado: ____ Código postal: _____

Compañía de seguro dental: _____ Núm. de grupo: _____ Póliza/Núm. de identificación: _____

HISTORIAL DENTAL

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

¿Tiene un problema dental específico o una queja principal? Describalo: _____ Sí No

¿Le hacen exámenes dentales con regularidad? ¿Cuándo fue su última cita? _____ Sí No

¿Piensa que tiene caries o enfermedad de las encías? _____ Sí No

¿Se cepilla los dientes y usa seda dental con regularidad? Describalo: _____ Sí No

¿Le sangran las encías? Describalo: _____ Sí No

¿Le gusta su sonrisa? ¿Por qué? _____ Sí No

¿Quiere conservar los dientes que le quedan? _____ Sí No

¿Siente que la mandíbula le truena, le suena o le molesta? ¿Tiende a rechinar los dientes o a "moler" la mandíbula sin pensa? ____ Sí No

¿Ha tenido buenas experiencias en el consultorio dental? _____ Sí No

Nombre de su dentista anterior: _____ Fecha de la última vez que le tomaron radiografías completas de la boca: _____

DECLARO QUE LA INFORMACIÓN QUE PROPORCIONÉ 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)

RESERVADO AL USO DE OFICINA

DATE: _____ REVIEWED BY: _____ DENTIST'S COMMENTS: _____

HISTORIAL MÉDICO

Nombre del paciente: _____ Núm. paciente: _____ Fecha: _____
Apellido Nombre Inicial del segundo nombre

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

1. ¿Goza de buena salud? Sí No
2. Fecha de su último examen médico: _____
3. ¿Lo está atendiendo un médico actualmente? Sí No
 Si es así, ¿cuál es la enfermedad o condición que está siendo tratada? _____
 Nombre del médico: _____ Teléfono: _____
4. ¿Ha tenido una enfermedad grave, lo han operado o ha estado 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, cocaína) o sustancias controladas? Sí No
 Si es así, ¿qué está tomando? _____
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" para Sí o "N" para No - responda a todas las enfermedades:

<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N SIDA	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Medicamentos con cortisona	<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 urticaria	<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 metales	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Dificultad al 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 convulsiones	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Reemplazo de una articulación	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Úlceras estomacales
<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Válvula cardíaca 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 articulación 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 con facilidad	<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 corazón o ataque cardíaco	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Dolor en las articulaciones de la mandíbula	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Tumores o masas
<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Úlceras en la boca	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Insuficiencia cardíaca	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Tratamiento psiquiátrico	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Enfermedades venéreas
<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Lesiones del corazón congénitas	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Soplo cardíaco	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Tratamiento por radiación	
10. ¿Es portador de un marcapasos cardíaco o ha tenido cirugía del corazón? Si es así, por favor explique: _____ ... Sí No
11. ¿Fuma, masca o usa otros tipos de tabaco? Cigarrillos Habanos Masca Rapé Otro Sí No
 Si es así ¿Cuánto? _____
12. ¿Consumo bebidas alcohólicas? Si es así ¿Cuánto? _____ Sí No
13. ¿Alguna vez ha tomado el medicamento "Fen-Phen" o "Redux"? o Bisphosphonates? Sí No
14. ¿Está usted embarazada? Si es así ¿Cuántos meses lleva? _____ N/D Sí No
15. ¿Tiene problemas relacionados con su menstruación? N/D Sí No
16. ¿Toma píldoras anticonceptivas? N/D Sí No
17. ¿Hay algo más sobre su salud que no hayamos mencionado arriba? Sí No
 Por favor explique: _____

1º DECLARO QUE LA INFORMACIÓN QUE PROPORCIONÉ 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 ACTUALIZACIÓN - A partir de su última cita</p> <ol style="list-style-type: none"> 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 <p>Si es así, por favor explique: _____</p>	<p>3º ACTUALIZACIÓN - A partir de su última cita</p> <ol style="list-style-type: none"> 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 <p>Si es así, por favor explique: _____</p>
---	---

Fecha: _____ Firma: _____

RESERVADO AL USO DE OFICINA

	DATE	BP	PULSE	REVIEWED BY	DENTIST'S COMMENTS
1st	_____	_____	_____	_____	_____
2nd	_____	_____	_____	_____	_____
3rd	_____	_____	_____	_____	_____