

HISTORIAL MEDICO

Nombre del Paciente: _____
Apellido _____ Nombre _____ Inicial _____

Numero de Seguro Social: _____ Sexo: M F Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____

Si el paciente es menor de edad, por favor provee el nombre del Padre o Guardian: _____

INFORMACION DE LA PERSONA RESPONSABLE:

Nombre: _____ Estado Civil: _____
Apellido _____ Nombre _____ Inicial _____

Direccion: _____ Ciudad: _____ Estado: _____Codigo: _____

de Licencia de Conducir: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Relacion al Paciente: _____

#'s de Telefono: Casa (_____) _____ Cell (_____) _____ Trabajo (_____) _____

Correo Electronico: _____

Empleador: _____ Ocupacion: _____

Nombre/Direccion/Telefono del pariente mas cercano que no viva con usted: _____

Como escucho acerca de nosotros? Favor the marcar debajo:

☐ Pajinas Amarillas ☐ Television ☐ Radio ☐ Letrero ☐ Feria de Salud/Escuela
☐ Amigo/Pariente ☐ Periodico ☐ Cupon por Correo ☐ Empleador ☐ Anuncio de Cartelera
☐ Empleado ☐ Otra: _____

Razon por su visita hoy: _____

Fecha de la ultima visita dental: _____ Razon: _____

Ha tenido alguna vez una experiencia en alguna oficina de dentista que nos quiera relatar? SI NO Si si, por favor expliquenos: _____

Esta usted aprensivo al tratamiento dental?	SI NO	Estan sus dientes sensibles al calor/frio/dulce/presion?	SI NO
Le sangran las encillas o las siente irritadas o sensibles?	SI NO	Tiene dientes descolorados que le molesten?	SI NO
Esta siendo tratado por un medico?	SI NO	Esta contento con la apariencia de sus dientes?	SI NO

Si si, para que condicion medica? _____

Nombre/direccion/Telefono de su Medico: _____

Lista de medicamentos: _____

Si es mujer, esta embarazada? SI NO Si si, cuanto tiempo? _____

MARQUE CUALQUIERA QUE HAYA TENIDO O TENGA EN ESTE MOMENTO:

<input type="checkbox"/> Anemia	<input type="checkbox"/> Marcapasos Cardiatico	<input type="checkbox"/> Ulceras	<input type="checkbox"/> Enfermedad de la Tiroide	<input type="checkbox"/> Glaucoma
<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Alta Precion	<input type="checkbox"/> Emficema	<input type="checkbox"/> Cancer, Leucemia	<input type="checkbox"/> Dolor de Quijada
<input type="checkbox"/> Escarlatina	<input type="checkbox"/> Tuberculosis	<input type="checkbox"/> Artritis	<input type="checkbox"/> Enfermedad de la Sangre	<input type="checkbox"/> Soplo en el Corazon
<input type="checkbox"/> Fiebre Reumatica	<input type="checkbox"/> Problemas de Riñon	<input type="checkbox"/> Fiebre del Heno	<input type="checkbox"/> Medicina con Cortisona	<input type="checkbox"/> Hemofilia
<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Reumatismo	<input type="checkbox"/> Moretones facilmente	<input type="checkbox"/> Enfermedad del Corazon	<input type="checkbox"/> VIH+ (Sida)
<input type="checkbox"/> Enfermedad Venereal	<input type="checkbox"/> Epilepsia	<input type="checkbox"/> Nerviosismo	<input type="checkbox"/> Enfermedad de células falciformes	<input type="checkbox"/> Hepatitis

MARQUE CUALQUIERA DE LAS SIGUIENTES MEDICINAS A LAS QUE USTED ES ALERGICO:

<input type="checkbox"/> Anestesia Local	<input type="checkbox"/> Penicilina o otro Antibiotico	<input type="checkbox"/> Drogas de Sulfa
<input type="checkbox"/> Aspirina	<input type="checkbox"/> Codeina o otro Narcotico	<input type="checkbox"/> Sedativos Barbituricos o pastillas para dormir
<input type="checkbox"/> Yodo	<input type="checkbox"/> Otro _____	

A mi mejor conocimiento todas las anteriores respuestas son ciertas y correctas. Si en algun momento yo tengo algun cambio en mi salud o en las medicinas que yo tomo, yo le informare a mi dentista en la proxima cita.

X
Firma del Paciente/Padre/Guardian _____

Fecha _____

Firma del Doctor _____ Fecha _____