

INFORMACION DEL ADULTO PACIENTE

Nombre del Paciente _____ Fecha _____
Direccion _____
Ciudad _____ Zona Postal _____ Numero de telefono Residencial _____
Seguro Social# _____ - _____ - _____ Fecha De Nacimiento ____/____/____ Edad _____ Estado Marial S/C/D/V
Su Ocupacion _____ Empleador _____ Numero de telefono del Negocio# _____
Nombre de su Conyuge _____ Seguro Social# _____ - _____ - _____
Ocupacion de su Conyuge _____ Empleador _____ Numero de telefono del Negocio# _____

PERSONA PARA CONTACTAR EN CASO DE UNA EMERGENCIA _____

Relacion con la persona _____
Numero de telefono Residencial# _____ Numero de telefono del Negocio # _____

Direccion _____
PARTIDO RESPONSABLE POR CUENTA _____ Numero de telefono del Negocio # _____

Numero de telefono Residencial# _____
Rason por su visita _____
A quien podremos agradecerle por referirlo/a _____

INFORMACION DEL SEGURO

Asegurado _____ Seguro Social del Asegurado # _____ - _____ - _____
Fecha de Nacimiento del Asegurado _____ - _____ - _____ Comp. de Seguro _____
Numero de telefono de la Comp. de Seguro _____ Numero del Grupo # _____

INFORMACION DEL SEGURO SECUNDARIA

Asegurado _____ Seguro Social del Asegurado # _____ - _____ - _____
Fecha de Nacimiento del Asegurado _____ - _____ - _____ Comp. de Seguro _____
Numero de telefono de la Comp. de Seguro _____ Numero del Grupo# _____

HISTORIA DE LA SALUD

Para su seguridad y para asistirnos con precision diagnostica y poder tratar a su nino/a, porfavor cuidadosamente repase esta forma completamente y marke todas las que pertenecen a usted.

TODA ESTA INFORMACION ES CONFIDENCIAL.

History Dental:

Dentista Anterior _____ Ciudad _____ Por cuanto tiempo _____
Fecha de su ultima visita _____ Fecha de su ultima limpieza de dientes _____
Fecha de sus ultimos Rayos-X de su boca _____
1.) Porque dejo a su ultimo dentista? _____
2.) Que le gusto a usted de su ultimo dentista, o oficina dental que atendio? _____
3.) Que no le gusto a usted de su ultimo dentista, o oficina dental que atendio? _____

Marke todo lo que usted tuvo o tenga ahora:

<input type="checkbox"/> Incomodidad de la boca	<input type="checkbox"/> Mal olor o sabor de la boca
<input type="checkbox"/> Tratamiento Periodontal	<input type="checkbox"/> Heridas frias o ampolladas
<input type="checkbox"/> Angina de Vincent o piorrea	<input type="checkbox"/> Otras Lesiones Orales
<input type="checkbox"/> Absceso de la encia	<input type="checkbox"/> Familiares cercanos que haigan perdido todos sus dientes naturales
<input type="checkbox"/> Sangracion de la encia cuando se lava los dientes	<input type="checkbox"/> Mala experiencia dental
<input type="checkbox"/> Dientes Flojos	<input type="checkbox"/> Complicaciones con o despues de sirugia dental o oral
<input type="checkbox"/> Problemas masticando/hablando	<input type="checkbox"/> Dientes sensibles (Caliente, Frio, Dulces)
<input type="checkbox"/> Cardenal Facilmente	<input type="checkbox"/> Miedo de tratamiento dental
<input type="checkbox"/> Muele o aprieta sus dientes	<input type="checkbox"/> Se chupa el dedo
<input type="checkbox"/> Le duelen o le truenan las quijadas	
<input type="checkbox"/> Tratamiento Orthodontico	
<input type="checkbox"/> Despierta con quijadas adoloridas	

Historia de la salud

1.0	Describa su salud	Excelente	Buena	Justa	Mal
2.0	Anota los medicos presentes de usted:	a. _____		Tipo _____	
		b. _____		Tipo _____	
3.0	Fecha del ultimo examen medico de usted	____/____/____	Rason _____		
4.0	Esta usted conciente de cualquier cambio en su salud en el ultimo ano?			No Si _____	
5.0	A estado usted hospitalizado por una enfermedad o sirugia en los ultimos dos anos?			No Si _____	
6.0	A estado usted bajo el cuidado de un doctor en los ultimos dos anos?			No Si _____	
7.0	A tenido usted sangrado excessivo que requerio tratamiento especial?			No Si _____	
8.0	Hay historia de diabetes en su familia?			No Si _____	
9.0	Esta usted en una especial o estricta dieta?			No Si _____	
10.0	Fuma usted ?	No	Si	Cuanto? _____	Por cuanto tiempo? _____
11.0	Anote todos los medicamentos que usted esta tomando (incluya los de encima del contador) _____				

Anote todos los medicamentos que causen que usted tenga alergias: _____

Indique todo lo que usted haiga tenido o tiene hoy:

Problemas del Corazon	No/Si	Conyuntura artificial (rodilla , cadera)	No/Si	Cancer o Tumores	No/Si
Ataques del Corazon	No/Si	Problemas con el rinon o vejiga	No/Si	Tratamiento Radiacion	No/Si
Angina	No/Si	Enfermedad del Tiroides	No/Si	Quimioterapia	No/Si
Precision alta de la Sangre	No/Si	Emfisema	No/Si	Artritis con reumas	No/Si
Presion baja de la Sangre	No/Si	Tose constantemente	No/Si	Glaucoma	No/Si
Soplo caridaco	No/Si	Tuberculosis	No/Si	Lentes Contactos	No/Si
Calentura Reumatica	No/Si	Asma	No/Si	Hepatitis	No/Si
Lesiones del corazon congenitas	No/Si	Fiebre del Heno	No/Si	Enfermedad del higado	No/Si
Valvula del corazon Artificial	No/Si	Problemas de la Sinusitis	No/Si	Istericia	No/Si
Escarlatina	No/Si	Allergias	No/Si	Addict. Drogas/Alchol	No/Si
Transfusiones de Sangre	No/Si	Sed / orina frecuentamente	No/Si	SIDA	No/Si
Sirugia del Corazon	No/Si	Diabetes	No/Si	HIV+	No/Si
Heart Pacemakers	No/Si	Ataque de apoplejia	No/Si	Hemofilia	No/Si
Brevedad de Respiracion	No/Si	Epilepsia o Ataques	No/Si	Persona Nerviosa	No/Si
Tobillos Inflamados	No/Si	Desmayos o mareos	No/Si	Cuidado Psiquiatrico	No/Si
Anemia	No/Si	Frecuente dolores	No/Si	Ulceras	No/Si
Enfermedad de la Hemofilia	No/Si	de cabeza	No/Si	Peso que sube y baja	No/Si

Si hembra, esta usted embarazada? No/Si Pastillas Anticonseptivas No/Si

Esta tomando hormonas? No/Si

Tiene usted una condicion medica o enfermedad de la cual nosotros tenemos que saber? No/Si

Explique: _____

All mejor conocimiento, todas las respuestas del precede son verdaderas y correctas. Si yo tengo cualquier cambio en mi salud o medicinas informare al doctor en o antes de mi proxima cita, sin falta.

Firma del Paciente: _____

Fecha: _____

Firma del Doctor: _____

Fecha: _____