

INFORMACION DEL PACIENTE		
NOMBRE _____	FECHA DE NACIMIENTO _____	NUMERO DEL TELEFONO _____
DIRECCION _____	CIUDAD _____	ESTADO _____ CODIGO POSTAL _____
PERSONA DE CONTACTAR EN CASO DE UNA EMERGENCIA _____		
A QUIEN LE PODEMOS AGRADECER POR REFERIRLO(A) _____ TELEFONO _____		
Si el paciente es menos de 18 años: PERSONA RESPONSABLE POR ESTA CUENTA _____		RELACION AL PACIENTE _____

HISTORIA MEDICO DEL PACIENTE

Aunque el personal dental trata el área dentro y alrededor de su boca, su boca es un parte del cuerpo entero. Problemas de salud que usted puede tener, o medicación que usted puede estar tomando, podrían tener una interrelación importante con el tratamiento dental que usted recibirá. Gracias por contestar las siguientes preguntas.

	SI	NO		SI	NO
1. ESTA EN BIEN SALUD.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9. USA TOBACO.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. HA CAMBIADOS EN SU SALUD GENERAL.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10. TIENE ALGUNA ENFERMEDAD, INFECCION, O PROBLEMA QUE NO HA MENCIONADO QUE DEBO SABER _____		
3. NOMBRE DE SU DOCTOR MEDICO _____			11. POR FAVOR LISTE ALGUN MEDICACIONES Y AQUELLOS QUE NO SON PRESCRIPCION QUE ESTAS TOMANDO _____		
4. HA SIDO ALGUNA OPERACION O UN REEMPLAZO DE LA ARTICULACION..... LISTE POR FAVOR _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____		
5. SE LE HACEN MORETONES FACILMENTE.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____		
6. HA NECESITADO UNA TRANSFUSION DE SANGRE.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____		
7. TIENE UNA TOS PERSISTENTE O ACLARARSE LA GARGANTA QUE NO ESTE ASOCIADO CON UNA ENFERMEDAD (QUE HA DURADO MÁS QUE 3 SEMANAS).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
8. UTILIZA O HA USADO SUSTANCIAS CONTROLADAS.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

SOLO PARA MUJERES

ESTA EMBARAZADA O CREE QUE PUEDE ESTAR EMBARAZADA.....

ESTA AMAMANTANDO.....

ESTA TOMANDO PASTILLAS ANTICONSEPTIVAS....

USTED TIENE ALGUNA HISTORIA DE, O CONDICIONES EN RELACION A CUALQUIERA A LOS SIGUIENTES:

Problemas con el Corazón..... <input type="checkbox"/>	Problemas a Respirar/Pulmones... <input type="checkbox"/>	Quimioterapia(Cáncer/Tumores)... <input type="checkbox"/>
Cirugía del Corazón..... <input type="checkbox"/>	Asma..... <input type="checkbox"/>	Dependencia Química..... <input type="checkbox"/>
Marcapasos..... <input type="checkbox"/>	Problemas De Seno..... <input type="checkbox"/>	Anemia (deficiencia de hierro)..... <input type="checkbox"/>
Golpe..... <input type="checkbox"/>	Riñones..... <input type="checkbox"/>	Herpes Labiales/Ampollas..... <input type="checkbox"/>
Hipotensión/Hipertensión..... <input type="checkbox"/>	Diabetes..... <input type="checkbox"/>	Amigdalitis..... <input type="checkbox"/>
Sangre..... <input type="checkbox"/>	Reflujo Acido..... <input type="checkbox"/>	Cuidado de salud mental..... <input type="checkbox"/>
Tiroides..... <input type="checkbox"/>	Epilepsia/Asimientos..... <input type="checkbox"/>	Trastorno Alimenticio..... <input type="checkbox"/>
Hígado/Hepatitis/Ictericia..... <input type="checkbox"/>	Tuberculosis..... <input type="checkbox"/>	Ronquidos..... <input type="checkbox"/>
Sida o Infección de VIH..... <input type="checkbox"/>	Sangría Anormal..... <input type="checkbox"/>	Deja de respirar mientras la noche <input type="checkbox"/>
Enfermedad Transmitida Sexualmente.. <input type="checkbox"/>	Artritis/Reumatismo..... <input type="checkbox"/>	Cortisona tratamiento..... <input type="checkbox"/>

USTED TIENE ALERGIAS A, O HA TENIDO UNA REACCION/PROBLEMA CON LOS SIGUIENTES:

Anestésicos Locales (novocaína)..... <input type="checkbox"/>	Aspirina..... <input type="checkbox"/>	Otro (Liste Por Favor): _____
Penicilina o Otros Antibióticos..... <input type="checkbox"/>	Yodo..... <input type="checkbox"/>	_____
Sulfonamidas..... <input type="checkbox"/>	Metales(como níquel, mercurio). <input type="checkbox"/>	_____
Barbitúricos..... <input type="checkbox"/>	Látex/Goma..... <input type="checkbox"/>	
Sedantes/Pastillas para dormir..... <input type="checkbox"/>	Estacional..... <input type="checkbox"/>	

HISTORIA DENTAL DEL PACIENTE

RAZON POR LA VISITA _____

CUANDO FUE SU ULTIMA VISITA POR UNA LIMPIEZA _____

CUANTAS VECES CEPILLA LOS DIENTES _____ CUANTAS VECES USA HILO DENTAL _____

USA UNA PASTA DE DIENTES O ENJUAGE DENTAL CON FLUORURO _____

DE DONDE VIENE SU AGUA POTABLE CIUDAD POZO EMBOTELLADA FILTRADO

	SI	NO		SI	NO
1. SANGRAN SUS ENCIAS AL CEPILLARSE O AL USAR HILO DENTAL.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9. LE APRIETAN O RECHINAN LOS DIENTES.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. SON SUS DIENTES SENSIBLES A LIQUIDOS O ALIMENTOS CALIENTES O FRIOS.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10. SE MUERDE LOS LABIOS Y CACHETES CON FRECUENCIA.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. SON SUS DIENTES SENSIBLES A LIQUIDOS O ALIMENTOS DULCES O AMARGOS.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	11. HA NOTADO ALGUN AFLOJAMIENTO DE SUS DIENTES.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. SIENTE DOLOR EN ALGUNO DE SUS DIENTES...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	12. ALIMENTA LA COMIDA EN LOS DIENTES.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. TIENE ULCERAS O BOMBAS EN/O CERCA DE SU BOCA.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	13. HA TENIDO TRATAMIENTO DE LAS ENCIAS EN EL PASADO.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. HA TENIDO HERIDAS DEL CUELLO, CABEZA, O MANDIBULA.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	14. HA USADO UN PLATO DE MORDEDURA O OTRO APARATO EN EL PASADO.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. HA TENDIO CUALQUIERA DE LOS SIGUIENTES CON LA MANDIBULA:			15. HA TENIDO EXTRACCIONES QUE SE HAN DIFICULTADO EN EL PASADO.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CLIC.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	16. USA DENTADURAS POSTIZAS O PARCIALES....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DOLOR (articulación, oreja, lado de la cara).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	En caso afirmativo, fecha de colocación _____		
DIFICULTAD EN ABRIR O CERRAR LA BOCA.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	17. TIENE PROBLEMAS CON NERVIOSIDAD O ANSIEDAD CUADO VIENE AL DENTISTA.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DIFICULTAD EN MASCAR.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
8. TIENE DOLORS DE CABEZA FRQUENTES.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

COMENTARIOS DEL DOCTOR _____

AUTORIZACION Y LIBERACION

Certifico que he leído y entiendo la información mencionada anteriormente a mi mejor conocimiento y entendimiento. Las preguntas anteriormente han sido contestadas con precisión. Entiendo que proporcionar información incorrecta puede ser peligroso para mi salud. Reconozco que me han proporcionado con y he revisado una copia de las políticas y procedimientos de privacidad y seguridad para First City Dental. Entiendo que necesito pedir la oficial de privacidad si tengo preguntas acerca de las políticas y procedimientos. Doy permiso al dentista a revelar cualquiera información incluyendo el diagnóstico y los registros de cualquier tratamiento o examen que me dan a mí o mi hijo(a) durante el periodo de cuidado dental a terceros pagadores y los profesionales de salud. Autorizo y solicito a mi compañía de seguro que pague directamente al dentista o a los beneficios del seguro dental. Entiendo que mi compañía de seguro dental puede pagar menos que la cantidad actual dado a mí por servicios. Acepto ser responsable por los pagos de todos los servicios dados a mí o mis dependientes.

X _____ FECHA _____
Firma del Paciente o Padre/Guardián de el menor

REGISTRACION / HISTORIA DE SALUD