Fecha_____

HISTORIAL MEDICO

Información Del Paciente:

Nombre Del Paciente:_____
Apellido Nombre Inicial

Dirección: _____
Dirección Cuidad Estado Código Postal

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: _____
Apellido Nombre Inicial

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 dientessensibles? ☐ Si ☐ No
¿Tiene dientes descolorados que le molestan? ☐ Si ☐ No
En caso afirmativo, ¿a qué? ☐ **Dulces** ☐ **Caliente** ☐ **Fría** ☐ **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 estástomando 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 debamossaber 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
☐ Reemplazo de Articulaciones ☐ Marcapasos del Corazón ☐ Asma ☐ La Cortisona Medicina
☐ Hepatitis ☐ Diabetes ☐ Fiebre de heno ☐ Glaucoma
☐ Escarlatina ☐ VIH + SIDA ☐ Anemia ☐ Nerviosismo

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, todaslas respuestas anterioresson 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