

**INFORMACION DEL PACIENTE****CONFIDENCIAL****#DE PACIENTE**

NOMBRE \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_ TELEFONO \_\_\_\_\_

DIRECCION \_\_\_\_\_ CIUDAD \_\_\_\_\_ ESTADO \_\_\_\_\_ CODIGO POSTAL \_\_\_\_\_

#DE SEGURO SOCIAL \_\_\_\_\_ TELEFONO CELULAR \_\_\_\_\_

CHECAR UNO: ( ) MENOR ( ) SOLTERO ( ) CASADO ( ) DIVORCIADO ( ) VIUDO ( ) SEPARADO

EMPLEADOR DE PACIENTE O GUARDIAN \_\_\_\_\_ TELEFONO DE TRABAJO \_\_\_\_\_

DIRECCION DE EMPLEADOR \_\_\_\_\_ CIUDAD \_\_\_\_\_ ESTADO \_\_\_\_\_ TELEFONO# \_\_\_\_\_

NOMBRE DE PADRE \_\_\_\_\_ EMPLEADOR \_\_\_\_\_ TELEFONO DEL TRABAJO \_\_\_\_\_

ESCUELA DEL PACIENTE \_\_\_\_\_ CIUDAD \_\_\_\_\_ ESTADO \_\_\_\_\_

PERSONA A QUIEN DEBEMOS DE AGRADECER POR RECOMENDARLO \_\_\_\_\_

PERSONA A QUIEN LLAMAR EN CASO DE EMERGENCIA \_\_\_\_\_

TELEFONO \_\_\_\_\_

**PERSONA RESPONSABLE**

NOMBRE DE LA PERSONA RESPONSABLE \_\_\_\_\_

RELACION CON EL PACIENTE \_\_\_\_\_

DIRECCION \_\_\_\_\_

NUMERO DE TELEFONO(\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

#DE LICENCIA \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_

TELEFONO CELULAR(\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

ES ESTA PERSONA PACIENTE DE NUESTRA OFICINA ( ) SI ( ) NO

**INFORMACION DE LA ASEGURANZA**

NOMBRE DEL ASEGURADO \_\_\_\_\_ RELACION CON EL PACIENTE \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_ SS# \_\_\_\_\_ FECHA QUE FUE EMPLEADO \_\_\_\_\_

NOMBRE DE EMPLEADOR \_\_\_\_\_ NUMERO DEL TRABAJO \_\_\_\_\_

DIRECCION DEL EMPLEADOR \_\_\_\_\_ CIUDAD \_\_\_\_\_ ESTADO \_\_\_\_\_ CODIGO POSTAL \_\_\_\_\_

NOMBRE DE LA ASEGURANZA \_\_\_\_\_ # DE GRUPO \_\_\_\_\_ # DE UNION O LOCAL \_\_\_\_\_

DIRECCION DE LA ASEGURANZA \_\_\_\_\_ CIUDAD \_\_\_\_\_ ESTADO \_\_\_\_\_ CODIGO POSTAL \_\_\_\_\_

CUANTO ES SU DEDUCIBLE? \_\_\_\_\_ CUANTO A USADO DE LA ASEGURANZA? \_\_\_\_\_ BENEFICIO ANUAL? \_\_\_\_\_

**TIENE ASEGURANZA ADICIONAL ( ) SI ( ) NO SI TIENE FAVOR DE LLENAR ESTA AREA**

NOMBRE DE LA SEGURANZA \_\_\_\_\_ CIUDAD \_\_\_\_\_ ESTADO \_\_\_\_\_ CODIGO POSTAL \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_ SS# \_\_\_\_\_ FECHA QUE FUE EMPLEADO \_\_\_\_\_

NOMBRE DE EMPLEADOR \_\_\_\_\_ NUMERO DE TELEFONO \_\_\_\_\_

DIRECCION DEL EMPLEADOR \_\_\_\_\_ CIUDAD \_\_\_\_\_ ESTADO \_\_\_\_\_ CODIGO POSTAL \_\_\_\_\_

NOMBRE DE LA ASEGURANZA \_\_\_\_\_ #DE GRUPO \_\_\_\_\_ #DE UNION O LOCAL \_\_\_\_\_

DIRECCION DE LA ASEGURANZA \_\_\_\_\_ CIUDAD \_\_\_\_\_ ESTADO \_\_\_\_\_ CODIGO POSTAL \_\_\_\_\_

CUANTO ES SU DEDUCIBLE? \_\_\_\_\_ CUANTO A USADO DE LA ASEGURANZA? \_\_\_\_\_ BENEFICIO ANUAL? \_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_

# HISTORIA MEDICA DEL PACIENTE

1. Esta actualmente bajo tratamiento medico?  si  no
2. Ha sido hospitalizado alguna vez debido a un procedimiento quirurgico o una enfermedad grave?  si  no
3. Esta tomando algun medicamento, incluyendo medicina sin receta \_\_\_\_\_  si  no
4. Alguna vez a tomado Fen Phen/Redux?  si  no
5. Usted Fuma?  si  no
6. Ingiere bebidas alcoholicas o drogas?  si  no
7. Usa usted lentes de contacto?  si  no
8. Es usted alergico o ha tenido alguna reaccion alergica a alguno de los siguientes medicamentos?
- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| <input type="checkbox"/> Anestesico local               | <input type="checkbox"/> Sedantes                       |
| <input type="checkbox"/> Penicilina o antibiotico       | <input type="checkbox"/> Yodo                           |
| <input type="checkbox"/> Medicamentos base sulfa        | <input type="checkbox"/> Aspirina                       |
| <input type="checkbox"/> Barbituricos                   | <input type="checkbox"/> Otro _____                     |
| <input type="checkbox"/> latex                          | SI NO   |
9. Tiene tos persistente o molestias de la garganta que no este relacionada con una enfermedad por mas de tres meses?  SI  NO
10. a) Esta o cree que pueda estar embarazada?  SI  NO
- b) Esta dando el pecho a su bebe?  SI  NO
- c) Esta tomando pildoras anticonceptivas?  SI  NO

## 11. Padece o ha padecido de alguna e las siguientes enfermedades o dolencias?

SI NO	SI NO	SI NO	OBSERVACIONES
<input type="checkbox"/> Presion Alta	<input type="checkbox"/> Enfermedad del Corazon	<input type="checkbox"/> Dolor en el Pecho	_____
<input type="checkbox"/> Ataque Cardiac	<input type="checkbox"/> Marcapaso Cardiac	<input type="checkbox"/> Ataques de Falta de Aire	_____
<input type="checkbox"/> Fiebre Reumatica	<input type="checkbox"/> Soplo Cardiac	<input type="checkbox"/> Apoplejia	_____
<input type="checkbox"/> Tobillos Hinchados	<input type="checkbox"/> Angina	<input type="checkbox"/> Fiebre de Heno/Alergia	_____
<input type="checkbox"/> Mareos/Ataques repentinos	<input type="checkbox"/> Cansancio Frecuente	<input type="checkbox"/> Tuberculosis	_____
<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Anemia	<input type="checkbox"/> Terapia de Radiacion	_____
<input type="checkbox"/> Presion Baja	<input type="checkbox"/> Enfisema	<input type="checkbox"/> Glaucoma	_____
<input type="checkbox"/> Epilepsia/Convulsiones	<input type="checkbox"/> Cancer	<input type="checkbox"/> Perdida de Peso Reciente	_____
<input type="checkbox"/> Leucemia	<input type="checkbox"/> Artritis	<input type="checkbox"/> Enfermedad del Hgado	_____
<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Reemplazo de articulacion o implante	<input type="checkbox"/> Problema del Corazon	_____
<input type="checkbox"/> Enfermedad de los rinones	<input type="checkbox"/> Hepatitis/Ictericia	<input type="checkbox"/> Problemas Respiratorios	_____
<input type="checkbox"/> Infeccion de SIDA o HIV	<input type="checkbox"/> Enfermedades Venereas	<input type="checkbox"/> Otro _____	_____
<input type="checkbox"/> Problemas de Tiroides	<input type="checkbox"/> Problemas Estomacales/Ulceras	_____	_____

## PATIENT DENTAL HISTORY

SI NO	SI NO	SI NO
1. Le sangran las encias cuando se cepilla los dientes o usa hilo dental? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		8. Padece de dolores de cabeza frecuentes? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
2. Son sus dientes sensibles a liquidos o alimentos frios o calientes? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		9. Aprieta o cruje usted los dientes? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
3. Son sus dientes sensibles a liquidos o alimentos dulces o agrios? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		10. Se muerde los labios o el interior de las mejillas? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
4. Siente dolor en alguno de los dientes? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		11. Ha sufrido extracciones dificiles en el pasado? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
5. Tiene alguna herida o abultamiento en o al rededor de la boca? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		12. Se le ha practicado algun trabajo de ortodoncia? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
6. Ha sufrido alguna vez una herida en la cabeza, cuello o mandibula? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		13. Ha sangrado prolongadamente despues de una extraccion? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
7. Alguna vez a padecido de alguno de los siguientes problemas en la mandibula? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		14. Ha recibido instruccion sobre el metodo correcto de cepillarse los dientes? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
a) Ruidos ligeros? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		15. Ha recibido instruccion sobre el cuidado de las encias? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
b) Dolor(en la articulacion, el oido, en un lado de cara) <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		
c) Dificultad al abrir o cerrar la boca? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		
d) Dificultad al masticar? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		

Firma del Dentista

Fecha