

# HISTORIAL MEDICO

Fecha \_\_\_\_\_

## INFORMACIÓN DEL PACIENTE:

Nombre Del Paciente: \_\_\_\_\_  
Apellido Nombre InicialDirección: \_\_\_\_\_  
Dirección Ciudad 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:* \_\_\_\_\_ o Si MismoNombre: \_\_\_\_\_  
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?

- Páginas Amarillas  Amigo / Paciente  Anuncio/Correo  Cartelera  Internet \_\_\_\_\_
- Letrero  THMP-Medicaid  Feria de Salud  Otro (Especifique) \_\_\_\_\_
- Empleado de Nosotros:  Seguro Dental/ Empleador  Comercial de TV. Cual? \_\_\_\_\_

Razón de su visita hoy: \_\_\_\_\_ Fecha de su última visita dental: \_\_\_\_\_

## POR FAVOR MARQUE SU REPUESTA (no responda a la pregunta si no entiende)

**Si No**

- Ha tenido alguna vez una situación que no le gusto en una oficina dental que nos quiera decir?  
*Si es así, favor de explicar:* \_\_\_\_\_
- ¿Estás nervioso por el tratamiento dental?
- ¿Le sangran las encías, están sensibles o irritadas?
- ¿Está satisfecho con la apariencia de sus dientes?
- ¿Sus dientes estan sensibles? Si es asi ¿a que?  Dulces  Caliente  Frío  Presión
- ¿Tiene dientes descoloridos que le molestan?
- ¿Estás viendo a un médico? *El nombre y número de teléfono de su médico(s)* \_\_\_\_\_  
*Si es así, ¿cuál es la enfermedad que padece?* \_\_\_\_\_
- ¿Está tomando algún medicamento? Si es así, indique cuales: \_\_\_\_\_
- ¿Ha tomado o estás tomando aspirina?
- ¿Si es mujer, usted esta o se sospecha que está embarazada? Cuantos Meses: \_\_\_\_\_
- ¿Usted a tomado o está tomando actualmente Bisfosfonates orales?  Actonel  Boniva  Fosamax  Skelif  Didrone  Otro
- ¿Ha tenido algún reemplazo de articulaciones? Si es así, ¿cuándo? \_\_\_\_\_
- ¿Hay algo más que debemos saber sobre su salud que no esté previsto en este formulario?  
*Si es así, por favor explique:* \_\_\_\_\_

## USTED HA TENIDO O TIENE EN LA ACTUALIDAD

- | Si No  | Si No  | Si No  | Si No   |
|--|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Enfermedad del corazón   | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Enfermedad de los riñones                | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Enfermedad de la Tiroides        | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Enfermedad de células falciformes |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Soplo cardíaco           | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> La pérdida de hueso                      | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Quimioterapia: (Cáncer,leucemia) | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hipertensión                      |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Epilepsia o convulsiones | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Contusión fácilmente en la piel          | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Enfermedad de la Sangre          | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Úlceras                           |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hemofilia                | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Artritis                                 | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Fiebre reumática                 | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Enfisema                          |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Reumatismo               | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Dolor en la articulación de la mandíbula |  | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Enfermedad venérea                |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Tuberculosis             | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Reemplazo de Articulaciones              | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Marcapasos del Corazón           | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Asma                              |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> La Cortisona Medicina    | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hepatitis                                | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Diabetes                         | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Fiebre de heno                    |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Glaucoma                 | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Escarlatina                              | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> VIH + SIDA                       | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Anemia                            |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Nerviosismo              |  |  |   |

## POR FAVOR MARQUE CUALQUIERA DE LOS SIGUIENTES ELEMENTOS A CUAL LE TIENE ALERGIA:

- |   |  |   |   |
|---|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Anestésicos locales | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Penicilina | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Codeína u otros narcóticos  | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Fen-Phen                  |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Aspirina            | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Yodo       | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Los barbitúricos o sedantes | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Otros antibióticos: _____ |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Iodine              | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Sulfatos   | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Látex                       | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Otro: _____               |
|   |  |   | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Otro: _____               |

Al mejor de mi conocimiento, todas las respuestas anteriores son 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

## FOR COMPLETION BY DENTIST

Fecha Comentarios

Firma de dentista