

HISTORIAL MEDICO

Fecha: _____

Información del PacienteNombre del paciente: Apellido _____ Nombre _____ Inicial _____ Sexo: M F

Fecha de nacimiento _____ Edad _____

Si el paciente es menor, use el nombre del padre o guardian _____

Información de la persona responsable

Apellido _____ Nombre _____ Inicial _____ Estado marital _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Zona Postal _____

Número de licencia de conducir _____ Teléfono (casa) _____ (trabajo) _____

Número de seguro social _____ Fecha de nacimiento _____

Relación al paciente _____

Empleador _____ Ocupación _____ Número de años empleado _____

Numbre/dirección/teléfono del pariente mas cercano que no viva con Ud. _____

Cómo escuchó acerca de nosotros? Favor de marcar debajo:

- Páginas Amarillas Amigo / Pariente Estacion de radio-Cual? _____ Letrero
 Anuncion de cartelera Empleador Periódico-Cual? _____ Cupón por correo
 Comercial de televisión-Cuál estacion? _____ Feria de Salud / Examinacion Otros _____

Razón por la cual nos visita hoy _____

Fecha de la ultima visita dental _____ Razón _____

Ha tenido alguna vez una experiencia en alguna oficina de dentistas que nos quiera relatar? SI NO

Si, la respuesta es si, por favor expliquenos _____

- Está Ud. Apreensivo al tratamiento dental? SI NO Están sus dientes sensitivos al calor, frio, dulces, presión? SI NO
 Le sangran la encias o las siente irritadas o sensitivas? SI NO Tiene dientes descolorados que le molestan? SI NO
 Está descontento con la apariencia de sus dientes? SI NO Está siendo tratado por un médico en este momento? SI NO

Si es asi para que condición medica? _____

El nombre y dirección de su médico(s) es _____

Que medicinas está tomando en este momento? _____

Si es mujer esta embarazada? SI NO Por cuanto tiempo? _____**Marque cualquiera que haya tenido o tenga en este momento:**

- | | | | |
|--|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Enfermedad del corazón | <input type="checkbox"/> Alta presión sanguínea | <input type="checkbox"/> Enfermedad de la sangre | <input type="checkbox"/> Fiebre reumática |
| <input type="checkbox"/> Sonidos del corazón irregulares | <input type="checkbox"/> Enfermedad venérea | <input type="checkbox"/> Marcador de latidos del corazón | <input type="checkbox"/> Diabetis |
| <input type="checkbox"/> Fiebre escarlata | <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Problema de los ríñones | <input type="checkbox"/> Epilepsia |
| <input type="checkbox"/> Ulceras | <input type="checkbox"/> Enficema | <input type="checkbox"/> Tuberculosis | <input type="checkbox"/> Asma |
| <input type="checkbox"/> Alergias | <input type="checkbox"/> Nerviosidad | <input type="checkbox"/> Enfermedad de la tiroide | <input type="checkbox"/> Cancer, Leucemia |
| <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Reumatismo | <input type="checkbox"/> Medicina con cortizona | <input type="checkbox"/> Glaucoma |
| <input type="checkbox"/> Dolor en las quijadas | <input type="checkbox"/> Sida | <input type="checkbox"/> Epatitis | <input type="checkbox"/> Emofilia |
| <input type="checkbox"/> Se le marca la piel fácilmente | <input type="checkbox"/> Enfermedad de las células rojas en la sangre | | |

Marque cualquiera de las siguientes medicinas a las que Ud. es alergico:

- Aspirinas Droga de sulfa Codeina u otros narcoticós Sedativos, barbitúricos o pastillas para dormir
 Yodo Anestecia local Penincilina u otros antibióticos Otros _____

A mi mejor conocimiento, todas las anteriores respuestas son ciertas y correctas. Si en algún momento yo tengo algún cambio en mi salud o algún cambio en las medicinas que yo tomo, yo le informaré a mi dentista en la próxima cita.

Firma del paciente / Padre / Guardian

MEDICAL HISTORY UPDATED:

DR.

DATE

DR.

DATE

DR.

DATE