

## Información Del Paciente

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_ Segundo Nombre: \_\_\_\_\_

Nombre Preferido: \_\_\_\_\_

**Entidad responsable:** (si alguien que no sea el paciente)

Primer Nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_ Segundo Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Dirección # 2: \_\_\_\_\_

Ciudad, Estado, Código Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono de Casa: \_\_\_\_\_ Teléf. del Trabajo: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Seguro Social #: \_\_\_\_\_ Licencia De Conducir#: \_\_\_\_\_

Persona Responsable dueño de la Póliza  Titular de la Póliza Primaria  Titular de la Póliza Secundaria

### Información Del Paciente

Dirección: \_\_\_\_\_ Dirección # 2: \_\_\_\_\_

Ciudad, Estado, Código Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono de Casa: \_\_\_\_\_ Teléf. Trabajo: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

Sexo:  Femenina  Masculino Estado Civil:  Casado(a)  Soltero(a)  Divorciado(a)  Separado(a)  Viudo(a)

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Seguro Social #: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_  Me gustaría recibir correspondencias correo electrónico

### Información del Paciente (sección 2):

Información Laboral:  Tiempo Completo  Tiempo Parcial  Trabajo. Cuenta Propia  Retirado  Desempleado

Información Estudiantil:  Tiempo Completo  Tiempo Parcial **Lenguaje Preferido:** \_\_\_\_\_

Dentista Preferida: \_\_\_\_\_ Higienista Preferida : \_\_\_\_\_ Farmacia Preferida: \_\_\_\_\_

**Referido Por:** \_\_\_\_\_ Contacto De Emergencia: \_\_\_\_\_

Numero De Medicaid: \_\_\_\_\_ Contacto De Emergencia #: \_\_\_\_\_

### Información Sobre el Seguro:

Nombre del Asegurado: \_\_\_\_\_ Parentesco Con el Paciente:  Propio  Esposo  Hijo  Otro

Identificación del Empleador: \_\_\_\_\_ Portador de la Identificación: \_\_\_\_\_

Seguro Social del Asegurado#: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento Asegurado: \_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_ Compañía De Seguro: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_

Dirección 2: \_\_\_\_\_ Dirección 2: \_\_\_\_\_

Ciudad, Estado, Código Postal: \_\_\_\_\_ Ciudad, Estado, Código Postal: \_\_\_\_\_

**Historia Medica**

Patient Name:

Birth Date:

Date Created:

**Nota**

Aunque el personal dental trate principalmente el área en y alrededor de la boca , la boca es una parte de su cuerpo entero. Los problemas de salud que usted pueda tener , o medicamentos que esté tomando , podrían tener una interrelación importante con la odontología que usted recibirá. Gracias por contestar las siguientes

¿Está usted bajo el cuidado de un médico ahora?  Yes  No If yes

¿Ha estado alguna vez hospitalizado o tenido una operación mayor?  Yes  No If yes

¿Alguna vez a tenido una lesión grave en la cabeza o el cuello?  Yes  No If yes

¿Estás tomando cualquier medicación , pastillas o drogas?  Yes  No If yes

¿Usted toma o ha tomado , Phen -Fen o Redux?  Yes  No If yes

¿Alguna vez has tomado Fosamax , Boniva , Actonel u otros medicamentos que contienen bifosfonatos?  Yes  No If yes

¿Está usted bajo una dieta especial?  Yes  No

¿Usted Fuma?  Yes  No

Mujer: Esta Usted.....

¿Embarazada/Intentando salir Embarazada?  Yes  No | ¿Amamantando?  Yes  No | ¿Tomando Pastillas anticonceptiva?  Yes  No

¿Es usted alérgico a cualquiera de los siguientes?

Aspirina  Penicilina  Codeina  Acrylico  
 Metal  Latex  Sulfamidas  Anestésicos Locales

¿Otro?  Yes  No If yes

¿Utiliza sustancias controladas?  Yes  No If yes

¿Tiene usted, o ha tenido, alguna de las siguientes?

Sida/ VIH Positivo <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	Medicina Cosrtisona <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	Hemofilia <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	Tratamiento de Radiación <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No
Enfermedad de Alzheimer <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	Diabetes <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	Hepatitis A <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	Perdida de Peso Reciente <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No
Anafilaxia <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	Adicción a Drogas <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	Hepatitis B or C <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	Diálisis Renal <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No
Anemia <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	Fácilmente sin Aliento <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	Herpes <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	Fiebre Reumático <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No
Angina <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	Enfisema <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	Presión Arterial Alta <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	Reumatismo <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No
Artritis <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	Epilepsia O Convulsiones <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	Colesterol Alto <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	Fiebre Escarlata <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No
Válvula de Corazón Artificial <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	Sangrado Excesivo <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	Urticaria o Erupción <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	Culebrilla <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No
Articulación Artificial <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	Sed Excesiva <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	Hipoglicemia <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	Enfermedad de Células Falciformes <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No
Asma <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	Demayos o Mareos <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	Latido Del Corazón Irregular <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	Sinosis <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No
Enfermedad de la Sangre <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	Tos Frecuente <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	Problema Del Riñón <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	La Espina Bífida <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No
Transfusión De Sangre <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	Diarrea Frecuente <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	Leucemia <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	Enfermedad Estomacal/Intestinal <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No
Problemas Respiratorios <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	Dolores De Cabeza <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	Enfermedad Hepática <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	Stroke <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No
Moretones con Facilidad <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	Herpes Genitales <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	Presión Alterial Baja <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	Hinchazón de las Extremidades <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No
Cancer <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	Glaucoma <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	Enfermedad de los Pulmones <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	Enfermedad de las Tiroides <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No
Quimioterapia <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	Fiebre de Heno <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	Prolapso de la Válvula Mitral <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	Amigdalitis <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No
Dolor De Pecho <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	Ataque al Corazón / Fracaso <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	Osteoporosis <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	Tuberculosis <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No
Herpes Labial <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	Soplo Cardíaco <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	Dolor En las Articulaciones Mandibulares <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	Tumores o Crecimientos <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No
Trastorno Congenito del Corazón <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	Marcapaso <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	Enfermedad Paratiroidea <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	Úlceras <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No
Convulsiones <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	Enfermedad Problemas del Corazón <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	Atención Psiquiatrica <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	Enfermedad Venerea <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No
Ictericia <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No			

Reconozco, que las preguntas de este formulario han sido respondidas con precisión. Entiendo que proporcionar información incorrecta puede ser peligroso( o la salud del paciente). Es mi responsabilidad informar a la oficina dental de cualquier cambio en el estado medico.

Signature of Firma del Paciente, Padre o Tutor: \_\_\_\_\_

X

Date: \_\_\_\_\_