

# HISTORIAL MEDICO

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_  
 Apellido \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ Inicial \_\_\_\_\_

Numero de Seguro Social: \_\_\_\_\_ Sexo: M F Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Si el paciente es menor de edad, por favor provee el nombre del Padre o Guardian: \_\_\_\_\_

## INFORMACION DE LA PERSONA RESPONSABLE:

Nombre: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_  
 Apellido \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ Inicial \_\_\_\_\_

Direccion: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_Codigo: \_\_\_\_\_

# de Licencia de Conducir: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Relacion al Paciente: \_\_\_\_\_

#'s de Telefono: Casa (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Cell (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Trabajo (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Correo Electronico: \_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_ Ocupacion: \_\_\_\_\_

Nombre/Direccion/Telefono del pariente mas cercano que no viva con usted: \_\_\_\_\_

## Como escucho acerca de nosotros? Favor the marcar debajo:

- |  |                                      |   |                                    |   |
|--|--------------------------------------|---|------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Pajinas Amarillas | <input type="checkbox"/> Television  | <input type="checkbox"/> Radio            | <input type="checkbox"/> Letrero   | <input type="checkbox"/> Feria de Salud/Escuela |
| <input type="checkbox"/> Amigo/Pariente    | <input type="checkbox"/> Periodico   | <input type="checkbox"/> Cupon por Correo | <input type="checkbox"/> Empleador | <input type="checkbox"/> Anuncio de Cartelera   |
| <input type="checkbox"/> Empleado          | <input type="checkbox"/> Otra: _____ |   |                                    |   |

Razon por su visita hoy: \_\_\_\_\_

Fecha de la ultima visita dental: \_\_\_\_\_ Razon: \_\_\_\_\_

Ha tenido alguna vez una experiencia en alguna oficina de dentista que nos quiera relatar? SI NO Si si, por favor expliquenos: \_\_\_\_\_

Esta usted aprensivo al tratamiento dental?	SI NO	Estan sus dientes sensibles al calor/frio/dulce/presion?	SI NO
Le sangran las encillas o las siente irritadas o sensibles?	SI NO	Tiene dientes descolorados que le molesten?	SI NO
Esta siendo tratado por un medico?	SI NO	Esta contento con la apariencia de sus dientes?	SI NO

Si si, para que condicion medica? \_\_\_\_\_

Nombre/direccion/Telefono de su Medico: \_\_\_\_\_

Lista de medicamentos: \_\_\_\_\_

Si es mujer, esta embarazada? SI NO Si si, cuanto tiempo? \_\_\_\_\_

## MARQUE CUALQUIERA QUE HAYA TENIDO O TENGA EN ESTE MOMENTO:

- |  |  |   |  |  |
|--|--|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Anemia              | <input type="checkbox"/> Marcapasos Cardiatico | <input type="checkbox"/> Ulceras              | <input type="checkbox"/> Enfermedad de la Tiroide          | <input type="checkbox"/> Glaucoma            |
| <input type="checkbox"/> Diabetes            | <input type="checkbox"/> Alta Precision        | <input type="checkbox"/> Emficema             | <input type="checkbox"/> Cancer, Leucemia                  | <input type="checkbox"/> Dolor de Quijada    |
| <input type="checkbox"/> Escarlatina         | <input type="checkbox"/> Tuberculosis          | <input type="checkbox"/> Artritis             | <input type="checkbox"/> Enfermedad de la Sangre           | <input type="checkbox"/> Soplo en el Corazon |
| <input type="checkbox"/> Fiebre Reumatica    | <input type="checkbox"/> Problemas de Riñon    | <input type="checkbox"/> Fiebre del Heno      | <input type="checkbox"/> Medicina con Cortisona            | <input type="checkbox"/> Hemofilia           |
| <input type="checkbox"/> Asma                | <input type="checkbox"/> Reumatismo            | <input type="checkbox"/> Moretones facilmente | <input type="checkbox"/> Enfermedad del Corazon            | <input type="checkbox"/> VIH+ (Sida)         |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad Venereal | <input type="checkbox"/> Epilepsia             | <input type="checkbox"/> Nerviosismo          | <input type="checkbox"/> Enfermedad de células falciformes | <input type="checkbox"/> Hepatitis           |

## MARQUE CUALQUIERA DE LAS SIGUIENTES MEDICINAS A LAS QUE USTED ES ALERGICO:

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Anestecia Local | <input type="checkbox"/> Penicilina o otro Antibiotico | <input type="checkbox"/> Drogas de Sulfa                                |
| <input type="checkbox"/> Aspirina        | <input type="checkbox"/> Codeina o otro Narcotico      | <input type="checkbox"/> Sedativos Barbituricos o pastillas para dormir |
| <input type="checkbox"/> Yodo            | <input type="checkbox"/> Otro _____                    |   |

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

X  
 Firma del Paciente/Padre/Guardian \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 Firma del Doctor

Fecha \_\_\_\_\_