

➤ **Paso 1 – Información del Paciente**

Nombre: _____ Apellido: _____ Inicial: ___ F. de Nacimiento: _____
 Dirección: _____
 Ciudad: _____ Estado: _____ Cód. Postal: _____
 Tel. de Casa: _____ No. de Célular: _____ Correo Electrónico: _____
 Seguro Social #: _____ Lic. de conducir #: _____ Sexo: M F
 Empleador: _____ No. de teléfono de trabajo: _____
 Contacto en caso de emergencia: _____ No. de Teléfono: _____
 Farmacia preferida y teléfono: _____

➤ **Paso 2 – Padre o Responsable (para pacientes menores de 18 años)**

Relación con el Paciente: _____
 Nombre: _____ Apellido: _____ Inicial: ___ F. de Nacimiento: _____
 Dirección: _____
 Ciudad: _____ Estado: _____ Cód. Postal: _____
 Tel. de Casa: _____ No. de Célular: _____ Correo Electronico: _____
 Seguro Social #: _____ Lic de conducir #: _____ Sexo: Male Female
 Empleador: _____ No.de teléfono de trabajo: _____

➤ **Paso 3 – Información del Seguro (Escriba “Ninguna” en Nombre del Asegurado si no tiene seguro)**

Información del Seguro Dental

Nombre del Asegurado: _____
 Relación con el Paciente: _____
 F. Nacimiento del Asegurado: _____
 No. Seguro Social del Asegurado: _____
 Lugar de empleo y dirección del asegurado:

 Compañía de seguro: _____
 Grupo # _____
 Poliza #: _____
 Teléfono #: _____

Información del Seguro Médico

Nombre del Asegurado: _____
 Relación con el Paciente: _____
 F. Nacimiento del Asegurado: _____
 No. Seguro Social del Asegurado _____
 Lugar de empleo y dirección del asegurado:

 Compañía de seguro: _____
 Grupo # _____
 Poliza #: _____
 Teléfono: _____

➤ **Paso 4 –¿ Como escuchó sobre nosotros?**

1800Dentist Correo Google Amigo/Pariente _____ Compañía de seguro dental Other _____

➤ **Paso 5 –POR FAVOR VOLTEE LA PAGINA Y LLENE SU HISTORIA MEDICA**

NOMBRE DEL PACIENTE _____ Fecha de Nacimiento _____

A pesar que el personal dental trata principalmente el área en o alrededor de la boca, su boca es parte de su cuerpo. Problemas de salud que usted pueda tener o medicaciones que pueda estar tomando, podrían tener una relación importante con el trabajo dental que recibirá. Gracias por responder a las siguientes preguntas.

- ¿Se encuentra bajo la supervisión de un docto ahora? Si No Si respondió si, explique: _____
- ¿Ha sido hospitalizado o tenido una operación mayor? Si No Si respondió si, explique: _____
- ¿Ha tenido una lesión de cuello o cabeza seria alguna vez? Si No Si respondió si, explique: _____
- ¿Está tomando algún medicamento, píldora o droga? Si No Si respondió si, explique: _____
- ¿Toma o ha tomado Phen-fen o Redux? Si No _____
- ¿Ha tomado alguna vez Fosamax, Boniva, Actonel o cualquier otro medicamento que contiene bifosfonato? Si No _____
- ¿Está usted en una dieta especial? Si No
- ¿Usted utiliza tabaco? Si No
- ¿Utiliza alguna sustancia controlada? Si No

Mujeres: ¿Está Embarazada/intentándolo? Si No Tomando anti-conceptivos? Si No Dando el pecho? Si No

¿Es usted alérgico a los siguientes?

Aspirina Penicilina Codefina Anestesia Local Acrílico Metal Látex Drogas Sulfa

Otro Si respondió si, explique _____

- ¿Tiene o ha tenido cualquiera de los siguientes?
- | | | | |
|--|--|---|---|
| SIDA/HIV Positivo <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No | Medicina Cortisona <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No | Hemofilia <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No | Tratamientos de Radiación <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No |
| Alzheimer <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No | Diabetes <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No | Hepatitis A <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No | Reciente perdida peso <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No |
| Anafilaxia <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No | Drogadicción <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No | Hepatitis B o C <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No | Diálisis <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No |
| Anemia <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No | Se queda sin aliento <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No | Herpes <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No | Fiebre Reumática <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No |
| Angina <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No | Enfisema <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No | Alta Presión <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No | Reumatismo <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No |
| Artritis/Podagra <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No | Epilepsia o convulsión <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No | Alto Colesterol <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No | Escarlatina <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No |
| Válvula coronaria artificial <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No | Sangrado excesivo <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No | Urticaria <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No | Herpes Zóster <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No |
| Articulación artificial <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No | Sed Excesiva <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No | Hipoglucemia <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No | Anemia <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No |
| Asma <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No | Desmayos/Mareo <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No | Latido Irregular <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No | Sinusitis <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No |
| Enfermedad sanguínea <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No | Tose seguido <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No | Problemas renales <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No | Espina Bífida <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No |
| Transfusión sanguínea <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No | Diarrea frecuente <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No | Leucemia <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No | Problemas Intestinales <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No |
| Problema Respiratorio <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No | Jaqueca frecuente <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No | Enfermedad Hígado <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No | Apoplejía <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No |
| Hematoma fácil <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No | Herpes Genital <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No | Baja Presión <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No | Hinchazón extremidades <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No |
| Cáncer <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No | Glaucoma <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No | Enfermedad Pulmón <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No | Enfermedad de tiroides <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No |
| Quimioterapia <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No | Rinitis Alérgica <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No | Prolapso Mitral <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No | Tonsilitis <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No |
| Dolor en el pecho <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No | Ataque Cardíaco <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No | Osteoporosis <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No | Tuberculosis <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No |
| Herpes Labial <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No | Soplo cardíaco <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No | Dolor en Mandíbula <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No | Tumores <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No |
| Cardiopatía congénita <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No | Marcapasos <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No | Enfermedad Paratiroidea <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No | Ulceras <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No |
| Convulsiones <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No | Problemas Cardíacos <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No | En cuidado Psiquiátrico <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No | Enfermedades Venéreas <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No |
| | | | Ictericia <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No |

¿Ha tenido alguna vez una enfermedad seria no listada? Si No Si respondió si, explique: _____

Comentarios: _____

Según mi conocimiento, las preguntas en este formulario han sido respondidas correctamente. Entiendo que el dar información incorrecta puede ser peligroso a mi salud (paciente). Es mi responsabilidad informar a la oficina dental de cambios en mi estado médico.

Firma del Paciente, padre o tutor _____ Fecha _____