



Fecha de hoy: ___/___/___

Información del paciente

Apellido del paciente _____ Primer Nombre _____ Segundo Nombre _____
Fecha de nacimiento _____ Edad _____ Hombre Mujer
Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Zip _____
Teléfono (Celular) _____ (Casa) _____ (Trabajo) _____
¿Cómo se enteró de nuestra oficina? _____

Información del padre/guardián (Si el paciente es menor de edad)

Apellido _____ Primer Nombre _____ Segundo Nombre _____
Relación con el paciente _____ Fecha de nacimiento _____
Dirección (Si diferentes) _____ Ciudad _____ Estado _____ Zip _____
Teléfono (Celular) _____ (Casa) _____ (Trabajo) _____
Correo electrónico _____

Información del seguro

Seguro primario	Seguro secundario
Nombre del titular de la póliza _____	Nombre del titular de la póliza _____
Fecha de nacimiento _____	Fecha de nacimiento _____
Relación con el paciente Yo <input type="checkbox"/> Esposa <input type="checkbox"/> Niño <input type="checkbox"/> Otros _____	Relación con el paciente Yo <input type="checkbox"/> Esposa <input type="checkbox"/> Niño <input type="checkbox"/> Otros _____
Compañía de seguros _____	Compañía de seguros _____
ID de miembro _____	ID de miembro _____
Número de grupo _____	Número de grupo _____
Empleador _____	Empleador _____
Teléfono del Seguro _____	Teléfono del Seguro _____

Nombre de contacto de emergencia _____ Relación con el paciente _____ Teléfono _____

Consentimiento para el examen inicial

Consiento los procedimientos de diagnóstico necesarios para realizar un examen inicial, que puede incluir las radiografías necesarias, el examen intra-oral/extra-oral.

Firma (parte responsable si el paciente es menor de edad) _____ Fecha _____

Historia dental

Motivo de la visita de hoy _____
¿Está experimentando dolor dental? Sí No (En caso afirmativo, donde) _____
¿Hay alguna otra preocupación que debamos tener en cuenta? _____
¿Cuándo fue la última vez que visitó a un dentista? _____

	Sí	No	No sé
¿Las encías sangran al cepillarse o usar hilo dental?...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Sufre de boca seca?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Le rechinan los dientes?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Usa dentaduras completas o parciales?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¿Cómo se siente con su sonrisa? _____

Apellido del paciente _____ Primer Nombre _____ DOB ____/____/____ Fecha de hoy ____/____/____

Historial médico del paciente

¿Está actualmente bajo el cuidado de un médico? Sí No Nombre del médico _____

¿Ha sido hospitalizado o ha tenido una operación/cirugía importante Sí No

Si es así, por favor explique _____

¿Ha tenido una lesión grave en la cabeza o en el cuello? Sí No *Si es así, por favor explique* _____

Por favor enumere cualquier medicamento que actualmente tome

Medicamentos	Dosificación	¿Con qué frecuencia?	Ruta (Oral/inyección etc)

¿Usas tabaco? (Fumando, aspirado/rapé, masticado, en bidis) Sí No

¿Bebe bebidas alcohólicas? Sí No Si es así, aproximadamente cuántas bebidas por semana? _____

¿Usa sustancias reguladas (drogas)? Sí No

¿Es usted alérgico a cualquiera de los siguientes? Látex Anestésico locales Penicilina Aspirina Codeína
 Metal Sulfa Drogas Acrílico Otros _____

Sólo mujeres- ¿Embarazada? Sí No Número de semanas _____ Amamantando Sí No Toma píldoras anticonceptivas Sí No

Historia clínica - ¿Tiene o ha tenido alguna de las siguientes?

Válvula cardíaca artificial	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Mareos/desmayos	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Fiebre reumática	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Articulaciones artificiales	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Síndrome de Down	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Escarlatina	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
SIDA / VIH	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Enfisema	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Dificultad respiratoria	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Anemia	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Epilepsia / Convulsiones	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Anemia falciforme	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Angina, dolores en el pecho	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Tos frecuente	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Problemas sinusales	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Artritis, reumatismo	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Glaucoma	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Erupción cutánea	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Asma	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Ataque al corazón / Fracaso	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Derrame cerebral	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
-(hospitalización requerida)	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Enfermedad del corazón	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Hinchazón de pies o tobillos	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Autismo	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Soplo cardíaco	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Problemas de tiroides	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Problemas de sangrado	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Prolapso de válvula cardíaca	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Amigdalitis	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Problemas de coagulación	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Marcapasos cardíaco	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Tuberculosis	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Trastorno sanguíneo	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Hepatitis (Tipo _____)	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Tumor, crecimiento (cabeza/cuello)	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Defecto congénito	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Herpes	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Úlceras	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Bronquitis	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Alta presión sanguínea	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Pérdida de peso inexplicable	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Cáncer	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Colesterol alto	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿Alguna otra enfermedad grave no mencionada anteriormente?	
Parálisis cerebral	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Inmunodeficiencia	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	_____	
Quimioterapia/terapia de radiación	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Ictericia	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	_____	
Herpes labial, fiebre, ampollas	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Enfermedad renal	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
Trastorno cardíaco congénito	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Presión arterial baja	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
Convulsiones	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Osteoporosis / Osteopenia	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
Diabetes	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Atención psiquiátrica	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		

La información que he proporcionado es correcta según mi leal saber y entender, y entiendo que es mi responsabilidad informar a esta oficina sobre cualquier cambio en la salud y/o los medicamentos de mi / mi hijo/a. Entiendo la importancia de un historial de salud veraz y que mi dentista y su personal confiarán en esta información para tratarme a mí/ a mi hijo. Reconozco que mis preguntas, si las hubiera, sobre las consultas establecidas anteriormente han sido respondidas a mi satisfacción.

Firma del Paciente _____ Fecha ____/____/____
 (Padre/guardián legal si el paciente es menor de edad)