

informacion del paciente

apellido	nombre	segundo nombre	telefono celular	telefono	correo electrónico
			()	()	
domicilio	ciudad	estado	zona postal	<input type="checkbox"/> soltera (s) sexo <input type="checkbox"/> casado (a) <input type="checkbox"/> divorciado (a) <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> viuda (a) <input type="checkbox"/> M	
no. de seguro social	no. de licencia de manejar	fecha de nacimiento	edad	ocupacion	
persona responsable o esposo(a)		parentesco con el paciente	no. de seguro social	no. de licencia de manejar	
domicilio		ciudad	zona postal	telefono	
				()	
patron	domicilio	ciudad	zona postal	telefono del trabajo	
				()	

informacion de su aseguranza

nombre de la persona que tiene la asegeranza	no. de seguro social	fecha de nacimiento	relacion con el paciente
nombre de la compania del asegurado	domicilio	ciudad	zona postal
			telefono
			()
nombre de la asegeranza dental	fecha cuando empezó a trabajar	numero de grupo	
nombre de la asegeranza medical	fecha cuando empezó a trabajar	numero de grupo	
usted tiene otra aseguranza	si _____ no _____	no. de seguro social	fecha de nacimiento
		numero de grupo	
if so, name of carrier:			

historia medica del paciente

SI NO

Tiene usted algún problema de salud?

Si es el caso, por favor explique _____

Ha tenido alguna operacion?

Si es el caso, por favor explique _____

Actualmente esta usted bajo cuidado medico?

Razon: _____

<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Algun problema cardíaco	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Enfermedad maligna
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Alta presion de sangre	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Measles
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Baja presion de sangre	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Paperars
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Problemas circulatorias	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Cuidado psiquiatrico
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Problemas nerviosos	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Fiebre rehumatica
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Tratamientos con radiaciones	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Escarlatina
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Sangrado excesivo	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Problemas sinusales
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> SIDA	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ataques
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Alergia a algún anestasiaco	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Fiebre Tifoidea
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Alergia a algún medicamento or droga	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Arrigdalas
Alergia: _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Tuberculosis
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Anemia	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ulcer
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Artritis	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Enfermedades venéreas
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Otros
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Está embarazada
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hepatitis	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Presión Sanguinea
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Herpes	

S ___ / ___ D ___ / ___

historica dental del paciente

Cual es su problema dental presente? _____

Cuando fié ultima visita al dentista? _____

Porqué deajo de asistir a su anterior dentista? _____

Sus dientes son sensibles a

caliente: _____ dulce: _____

frío: _____ al morder: _____

	SI	NO
Atrapar comida entre los dientes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sangran sus encias?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ha notado inflamacion de encia al rededor de algun diente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alguna peces evita cepillarse alguna parte desu boca?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Esta usted satisfecho con la apariencia de sus dientes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Esta usted preocupado po el costo necesario para derdverle un excelente estado dental?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se molesta usted porque siempre que visita al dentista necesita algún tratamiento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Quisere aprender como controlar caries y enfermedad de las encias?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tiene usted mal aliento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fuma usted?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le han extrado alguna pieza dental?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cuanto hace que le faltan estas piezas dentales? _____		
Ha tenido alguna reaccion alérgica al la anestesia local?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Quien lo recomendo a nuestra oficina? _____		

Persona responsable financieramente _____

Acera de sus visitas dentales anteriores? _____

Yo, el firmante, sere responsable del pago de servicios rendidos.

Yo, el firmante, sere responsable del pago no cubierto por el seguro.

Autorizo el tratamiento necesario para el paciente menor.

SI NO

Date: _____ Signature of Patient, Parent, or Guardian : _____

HEALTH HISTORY

Si

No

Usted tiene alergia a Latex?

Usted a tomado Fen-Phen Redux?

Esta usted baja algún medicamento?

Por favor indique: _____

Nombre de su Doctor: _____

Numero de telefono de su Doctor: _____

Sign: _____ **Date:** _____

RECALL REVIEW: _____

1. Patient's Signature _____ Date: _____

2. Patient's Signature _____ Date: _____

3. Patient's Signature _____ Date: _____

For Office Use Only

1. Doctor's Review _____ Date: _____

2. Doctor's Review _____ Date: _____

3. Doctor's Review _____ Date: _____