

Historial Médico / Dental

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____

Numero de Seguro Social: _____ Genero del Paciente: Masculino / Femenino

Historial Médico:

Por favor indique si ha tenido alguna vez algo de lo siguiente:

SÍ	NO		SÍ	NO	
		Alcoholismo			Implantes/Coyunturas
		Alergias			Ictericia/ Enfermedad del Hígado
		Anemia			Enfermedad de Riñones
		Artritis			Presión Baja
		Asma			HIV/AIDS
		Bisphosph			Sarampión / Paperas
		Hemorragia/ Hematoma			Parálisis
		Transfusión de Sangre			Tratamiento psiquiátrico
		Cáncer			Tratamiento de Radiación
		Quimioterapia			Fiebre Reumática/Escarlatina
		Viruela			Ataques/Convulsiones
		Convulsiones			Infecciones transmitidas sexualmente
		Diabetes			Terapia de Esteroides
		Problemas con sus Oídos			Derrame Cerebral
		Dependencia de Drogas			Cirugía
		Enfisema			Enfermedad de tiroides
		Epilepsia			Tuberculosis
		Desmayos			Tumor
		Dolores de Cabeza Frecuentes			Ulceras
		Ataque al Corazón			Cambios en la vista
		Enfermedad del Corazón			¿Usa tabaco?
		Soplo Cardiaco			¿Usa drogas ilícitas?
		Cirugía del Corazón			¿Tiene alguna alergia al látex o vinilo?
		Hepatitis A/B/C			¿Está Usted Embarazada? ¿Cuántas semanas?
		Alta Presión			¿O Piensa usted que pueda estar embarazada?

¿Ha tenido alguna reacción alérgica o fuera de lo común a alguno de los siguientes medicamentos?

SÍ	NO		SÍ	NO		SÍ	NO	
		Aspirina			Anestesia Local			Sulfa
		Barbitúricos			Narcóticos			Otros:
		Codeína			Penicilina			
		Yodo			Pastillas para dormir			

Si ha tenido una reacción, ¿qué le sucede?: _____

Por favor haga una lista de los medicamentos que esté tomando: _____

Historial Dental

Por favor indique si en este momento le ocurre algo de lo siguiente:

SÍ	NO		SÍ	NO	
		Sangrado en las encías			Dolor o zumbidos en los oídos
		Dientes flojos			Sonidos en la mandíbula cuando abre la boca grande
		Cirugía o tratamiento de las encías			Ulceras en las encías o labios lentas en sanar
		Un habito de apretar o rechinar los dientes			Cansancio en la cara o mandíbulas al levantarse
		Dificultad en abrir la boca grande			Complicaciones después de tratamiento dental. Si contesto que si, por favor explique:
		Un habito de respirar por la boca			

¿Tiene dolor ahora a causa de algún problema dental? Sí /NO

¿Por cuánto tiempo ha tenido dolor? _____ ¿Que ha hecho para disminuir el dolor? _____

Fecha de su última cita dental: _____ Fecha de sus últimas radiografías dentales: _____

Nombre y dirección de su ultimo dentista: _____

¿Usa dentaduras completas o parciales? Sí /NO ¿Cuánto tiempo tienen? _____

Cuál es la razón por lo cual está pidiendo cuidado dental hoy: _____

¿Ha perdido o aumentado de peso en los últimos meses? Sí /NO Si contesto que si, explique: _____

¿Tiene un médico de familia? Sí /NO Nombre y dirección: _____

¿Podemos contactar a su médico para consultarlo? Sí /NO Si contesto que si por favor firme en este espacio: _____

¿Tiene miedo en recibir cuidado dental? Sí /NO

¿Qué tan importante es para usted la manera que sus dientes se ven?

Muy importante ___ Algo importante ___ No es importante ___

Información de Seguros

Medicaid: Sí /NO Numero de Medicaid: _____

CHP+: Sí /NO Numero del Plan: _____

Delta Dental: Sí /NO Numero del Plan: _____ # de ID: _____

Otro seguro: Sí /NO Numero del Plan: _____ # de ID: _____

Nombre de la compañía de seguro y dirección: _____

Firma del Paciente

Fecha

Firma del Dentista

Fecha