

HISTORIAL MEDICO

Fecha: _____

Información del Paciente

Nombre del paciente: Apellido _____ Nombre _____ Inicial _____ Sexo: M F

Fecha de nacimiento _____ Edad _____

Si el paciente es menor, use el nombre del padre o guardian _____

Información de la persona responsable

Apellido _____ Nombre _____ Inicial _____ Estado marital _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Zona Postal _____

Número de licencia de conducir _____ Teléfono (casa) _____ (trabajo) _____

Número de seguro social _____ Fecha de nacimiento _____

Relación al paciente _____

Empleador _____ Ocupación _____ Número de años empleado _____

Numero/dirección/teléfono del pariente mas cercano que no viva con Ud. _____

Cómo escuchó acerca de nosotros? Favor de marcar debajo:

Páginas Amarillas Amigo / Pariente Estacion de radio-Cual? _____ Letrero

Anuncion de cartelera Empleador Periódico-Cual? _____ Cupón por correo

Comercial de televisión-Cuál estacion? _____ Feria de Salud / Examinacion Otros _____

Razón por la cual nos visita hoy _____

Fecha de la ultima visita dental _____ Razón _____

Ha tenido alguna vez una experiencia en alguna oficina de dentistas que nos quiera relatar? SI NO

SI, la respuesta es si, por favor expliquenos _____

Está Ud. Apreensivo al tratamiento dental? SI NO Están sus dientes sensitivos al calor, frio, dulces, presión? SI NO

Le sangran la encias o las siente irritadas o sensitivas? SI NO Tiene dientes descolorados que le molestan? SI NO

Está descontento con la apariencia de sus dientes? SI NO Está siendo tratado por un médico en este momento? SI NO

Si es asi para que condición medica? _____

El nombre y dirección de su médico(s) es _____

Que medicinas está tomando en este momento? _____

Si es mujer esta embarazada? SI NO Por cuanto tiempo? _____

Marque cualquiera que haya tenido o tenga en este momento:

Enfermedad del corazón Alta presión sanguínea Enfermedad de la sangre Fiebre reumática

Sonidos del corazón irregulares Enfermedad venérea Marcador de latidos del corazón Diabetes

Fiebre escarlata Anemia Problema de los riñones Epilepsia

Ulceras Enficema Tuberculosis Asma

Alergias Nerviosidad Enfermedad de la tiroide Cancer, Leucemia

Artritis Reumatismo Medicina con cortizona Glaucoma

Dolor en las quijadas Sida Epatitis Emofilia

Se le marca la piel fácilmente Enfermedad de las células rojas en la sangre

Marque cualquiera de las siguientes medicinas a las que Ud. es alergico:

Aspirinas Droga de sulfa Codeina u otros narcoticós Sedativos, barbitúricos o pastillas para dormir

Yodo Anestecia local Penincilina u otros antibióticos Otros _____

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

Firma del paciente / Padre / Guardian

MEDICAL HISTORY UPDATED:

DR.

DATE

DR.

DATE

DR.

DATE