

# INFORMACION SOBRE EL PACIENTE

## CONFIDENCIAL

Nombre del Paciente \_\_\_\_\_ Fecha de hoy \_\_\_\_\_  
Dirección residencial \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_  
Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Zona Postal \_\_\_\_\_ No. de Teléfono \_\_\_\_\_  
Dirección del Trabajo \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo \_\_\_\_\_  
Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Zona Postal \_\_\_\_\_ Número de Seguro Social \_\_\_\_\_  
Marque la casilla correcta Menor ☐ Soltero(a) ☐ Casado(a) ☐ Divorciado(a) ☐ Viudo(a) ☐  
Nombre y teléfono a llamar en caso de emergencia \_\_\_\_\_

### PERSONA RESPONSABLE SI APLICA

Nombre \_\_\_\_\_  
Dirección residencial \_\_\_\_\_  
Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_ No. del Teléfono \_\_\_\_\_  
Empleador \_\_\_\_\_ Ocupación \_\_\_\_\_ Por cuanto tiempo \_\_\_\_\_  
Dirección del trabajo \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo \_\_\_\_\_  
Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Zona postal \_\_\_\_\_ Numero de Seguro Social \_\_\_\_\_  
Compañía de Seguro Dental \_\_\_\_\_

### HISTORIA MEDICA DEL PACIENTE

Nombre del doctor \_\_\_\_\_  
Teléfono \_\_\_\_\_  
Fecha del último examen \_\_\_\_\_

- |  |   |   |   |
|--|---|---|---|
| 1. Está actualmente bajo tratamiento médico?   | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | 8. Usa usted lentes de contacto?  | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| 2. Ha sido hospitalizado alguna vez debido a un procedimiento quirúrgico o una enfermedad grave? | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | 9. Es alérgico o ha tenido alguna reacción a alguno de los siguientes medicamentos: |   |
| 3. Está tomando Fosamax, Actonel (para osteoporosis)?  | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | Anestésicos locales   |   |
| 4. Está tomando algún otro medicamento, incluyendo medicina sin receta?                          | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | (por ejemplo, Novocaína)  | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| 5. Si es afirmativo, cuales son?   |   | Barbituricos  | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| _____  |   | Aspirina  | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| _____  |   | Penicilina u otros antibióticos   | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| _____  |   | Medicamentos a base de sulfá  | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| 6. Ingiere bebidas alcohólicas, cocaína u otras drogas?  | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | Yodo  | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| 7. Fuma o usa tabaco?  | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | Codeína   | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
|  |   | Latex   | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
|  |   | Otros   | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |

#### SI ES MUJER:

- A) Está usted o cree que podría estar en estado de embarazo? Si ☐ No ☐
- B) Esta dando pecho a su Bebé? Si ☐ No ☐
- C) Esta tomando píldoras anticonceptivas? Si ☐ No ☐

*Por favor continúe al reverso*

## PADECE O HA PADECIDO DE LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES O DOLENCIAS

SI	NO		SI	NO		SI	NO	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hipertensión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad del corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Osteoporosis
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ataque cardíaco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Marcapaso cardíaco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor en el pecho
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fiebre reumática	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Soplo cardíaco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ataques de falta de aire
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tobillos hinchados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Angina de Pecho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Apoplejía
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mareos ataques repentinos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cansancio frecuente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fiebre de heno/alergias
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tuberculosis
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hipotensión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfisema	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Terapia de radiación
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Epilepsia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cáncer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Glaucoma
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pérdida de peso reciente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Leucemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabetes
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad del Hígado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Reemplazo de articulación/Implante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Artritis
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad de los riñones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hepatitis/Ictericia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problema del corazón
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Infección del Sida o HIV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedades venéreas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas respiratorios
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problema de tiroides	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas estomacales/Ulceras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otros _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedades autoinmunes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas neurológicos			


## PADECE O HA PADECIDO DE LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES O DOLENCIAS

	SI	NO
1. Le sangran las encías cuando se cepilla los dientes o usa hilo dental?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Son sus dientes sensibles a líquidos o alimentos fríos o calientes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Son sus dientes sensibles a alimentos dulces o ácidos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Siente dolor en alguno de los dientes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Tiene alguna herida o abultamiento en/o alrededor de la boca?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Ha sufrido alguna vez una lesión en la cabeza, en el cuello o mandíbula?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Padece usted de dolores de cabeza frecuentes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Aprieta, cruje o rechina usted los dientes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Se muerde los labios o el interior de las mejillas con frecuencia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Ha sufrido extracciones difíciles en el pasado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Se le ha practicado algún trabajo de ortodoncia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Ha sangrado prolongadamente después de una extracción?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Ha recibido instrucción sobre el método correcto de cepillarse los dientes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Ha recibido instrucción sobre el cuidado de las encías?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. alguna vez ha padecido de alguno de los siguientes problemas en la mandíbula?		
a) Ruidos ligeros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Dolor (en la articulación, el oído, o en el lado de cara)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Dificultad al abrir o cerrar la boca?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Dificultad al masticar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Afirmo haber leído, entendido la información anterior, y haber contestado las preguntas correctamente.  
 Estoy consciente que proporcionar la información incorrecta puede ser peligroso para mi salud.  
 Autorizo a mi aseguradora dental pagar directamente a mi dentista los beneficios de mi póliza. Entiendo que algunos procedimientos dentales no los cubre la aseguradora y yo seré responsable por el pago de esos cargos.

\_\_\_\_\_  
 Firma del paciente o persona responsable

\_\_\_\_\_  
 Fecha

\_\_\_\_\_  
 Firma del doctor

\_\_\_\_\_  
 Fecha