

INFORMACION SOBRE EL PACIENTE

Fecha: _____ Referido por: _____ Edad: _____
Nombre del paciente: _____ SSN: _____ Fecha de nacimiento: _____
Dirección: _____ C/S/Z: _____
Teléfono: _____ Sexo: M F Estado marital: M S W D No. de dependientes: _____
Empleador: _____ Teléfono: _____ Ocupación: _____
Estudiante: F/T P/T Nombre del colegio: _____
Esposa: _____ SSN: _____ Ocupación: _____
Empleador: _____ Teléfono: _____
Persona en caso de emergencia: _____
Relación: _____ Dirección: _____ Teléfono: _____

PERSONA RESPONSABLE POR LOS PAGOS DE ESTA CUENTA

Nombre de la persona responsable _____ Relación: _____
Dirección de la casa: _____ C/S/Z: _____
Teléfono: _____ SSN: _____
Empleador: _____ Numero de años empleado: _____
Dirección del empleador: _____ C/S/Z : _____
Local Numero: _____ Teléfono del trabajo: _____ Seguro Dental: _____

SI TIENE SEGURO DENTAL Y ESTA INVOLUCRADO PORFAVOR LLENE LA INFORMACION ABAJO :

SEGURO PRIMARIO (usar su tarjeta de identificación)

Nombre del asegurado: _____ SSN: _____
Relación del paciente con el asegurado: Mismo: _____ Esposa: _____ Hijo : _____ Otro: _____
Empleador: _____ Teléfono: _____ Local: _____
Compañía de seguro: _____ Grupo #: _____
Dirección de reclamos: _____

SEGURO SECUNDARIO (usar su tarjeta de identificación)

Nombre del asegurado: _____ SSN: _____
Relación del paciente con el asegurado: Mismo: _____ Esposa: _____ Hijo : _____ Otro: _____
Empleador: _____ Teléfono: _____ Local: _____
Compañía de seguro: _____ Grupo #: _____
Dirección de reclamos: _____

HISTORIA MEDICA

NOMBRE DEL PACIENTE _____ FECHA DE NACIMIENTO _____

NOMBRE DEL MEDICO _____ TELEFONO _____

POR FAVOR CONTESTE TODAS LAS PREGUNTAS SI O NO Y PROVEE LAS RESPUESTAS DONDE SEA NECESARIO;

1. Usted considera que tiene una buena salud? Si No
2. Esta o ha estado bajo el cuidado medico dentro del ultimo ano? Si No
 Si lo ha estado especifique por queha sido tratado _____
3. Usted toma algun medicamento, incluyendo pastillas para elcontrol prenatal? Si No
Por favor especifique nombre y proposito del medicamento:

-
4. Usted tiene o ha tenido algun problema de corazon o sangre? Si No
5. Alguna vez le han dicho que tiene murmullo en el Corazon? Si No
6. Usted requiere ser premedicado con antibioticos por una condicion cardiac, valvula artificial o articulacion artificial? Si No
7. Usted tiene o ha tenido tension arterial alta? Si No
8. Usted sangra o se moratea facilmente? Si No
9. Ha sido diagnosticado alguna vez con HIV positivo o SIDA? Si No
10. Alguna vez ha tenido hepatitis o enfermedad del higado? Si No
11. Alguna vez ha tenido: fiebre reumatica _____ Asma _____ desorden de la sangre _____; Si No
Diabetes _____ reumatismo _____ arthritis _____ tuberculosis _____ enfermedad venerea _____ ataque cardiac _____
enfermedad del rinon _____ desordenes del sistema inmunologico _____ otras enfermedades _____
Especifique: _____

12. Alguna vez ha tenido una reaccion inusual o es alergico a alguno de los siguientes: Si No
Penicilina _____ Aspirina _____ Acetaminofen _____ Ibuprofeno _____ Codeina _____: Barbituricos _____ Sulfas _____
Otros _____

13. Esta sujeto a desmayarse? Si No
14. Alguna vez ha tenido una reaccion severa a los tratamientos dentales o a los anestesicos locales? Si No
15. Es usted alergico a algun anestesico local? Si No
16. Usted tiene alguna otra alergi? Describala _____ Si No
17. Alguna vez ha tenido un ataque nervioso o ha estado en tratamiento psiquiatrico? Si No
18. Alguna vez ha sido tratado por alcoholism o drogadiccion? Si No
19. Esta usted embarazada? Si No
20. Tiene dolor? Si No
21. La ultima vez que vio aun Odontologo? _____
22. Quien fue su ultimo Odontologo?
23. Usted cree que sus dientes estan afectando su salud? Si No
24. Tiene o ha tenido sangrado de la encia o es esta sensible? Si No
25. Alguna vez ha tomado Phen-Fen o algun medicamento para controlar el apetito? Si No
26. Alguna vez ha tomado alcohol o ha fumado ? Si No
27. Algun vez ha tomado Fosamax, Boniva o algun otro medicamento prescrito para reducir la reabsorcion de los huesos como la Osteoporosis o algun otro medicamento para la metastasis de cancer de hueso? Si No

YO CERTIFICO QUE LAS RESPUESTAS A ESTE CUESTIONARIO SON PRECISAS A LO MEJOR DE MI CAPACIDAD, DESDE QUE UN CAMBIO EN MI CONDICION MEDICA O EN MEDICAMENTOS QUE TOMO PUEDEN AFECTAR MI TRATAMIENTO DENTAL. YO ENTIENDO LA IMPORTANCIA Y ESTOY DE ACUERDO EN TOMAR LA RESPONSABILIDAD DE NOTIFICAR AL ODONTOLOGO DE CUALQUIER CAMBIO EN MI SIGUIENTE CITA.

Firma _____
(Paciente o representante legal)

Fecha _____
(rev 11/09)