



### HISTORIAL MEDICO

#### INFORMACION DEL PACIENTE

Fecha \_\_\_\_\_

Nombre de Paciente \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_

Correo Electrónico \_\_\_\_\_

Algún Amigo o miembro de su familia en tratamiento con nosotros \_\_\_\_\_

Nombre y edad de hermanos \_\_\_\_\_

Nombre Apellido Apodo

Calle Ciudad Estado Código Postal

Fecha de Nacimiento

Nombre en Facebook (opcional)

#### INFORMACION DE PADRES/GUARDIAN

Madre o Guardián \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_

Seguro Social # \_\_\_\_\_

Coreo Electrónico \_\_\_\_\_

Padre o Guardián \_\_\_\_\_

Seguro Social # \_\_\_\_\_

Coreo Electrónico \_\_\_\_\_

Nombre Apellido

Calle Ciudad Estado Código Postal

Teléfono del Trabajo Celular

Fecha de Nacimiento Relación al Paciente

Lugar de trabajo

#### INFORMACION DENTAL

Dentista \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Fecha del último examen dental \_\_\_\_\_

Cuál es el motivo de su consulta? \_\_\_\_\_

A quién podemos agradecer por el referido? \_\_\_\_\_

Calle Ciudad Estado Código Postal

#### SEGURO DENTAL

Nombre del Asegurado \_\_\_\_\_

Compañía De Seguro \_\_\_\_\_

Dirección del Seguro \_\_\_\_\_

Tiene usted otro seguro dental: Si No En caso afirmativo: \_\_\_\_\_

Nombre del Asegurado \_\_\_\_\_

Compañía De Seguro \_\_\_\_\_

Empleador Del Asegurado

ID del Asegurado No. del grupo

Calle Ciudad Estado Código Postal

Firma (Firma de Padre/Guardian si menor de edad) \_\_\_\_\_

( vea el otro lado )

Paciente \_\_\_\_\_

Dentista \_\_\_\_\_

Historia Medica

- | Si                       | No                       |   |
|--------------------------|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Fecha del ultimo examen físico _____  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Está usted actualmente bajo tratamiento por un problema físico o emocional?                                   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ha habido algun cambio en salud o de peso en el ultimo año?   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Está tomando alguna droga o medicamento (incluidos los anticonceptivos orales o medicamentos hipercinéticos)? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Es usted alérgico a alguna droga (incluyendo la aspirina, la penicilina o la codeína)?                        |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ha estado hospitalizado por cualquier tratamiento, operaciones o radiación?                                   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Alguna vez has tenido un accidente grave que causara lesiones en la cabeza?                                   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Fuma o usa cualquier producto de tabaco?  |

Tiene o ha tenido ALGUNA DE LAS SIGUIENTES:

- | Si                       | No                       |  | Si                       | No                       |                           |
|--------------------------|--------------------------|--|--------------------------|--------------------------|---------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Problemas de la sangre, anemia o sangrado?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Desmayos o epilepsia?     |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Enfermedad del hígado, hepatitis o ictericia?                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Problemas oculares?       |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Enfermedad cardiovascular (ataque al corazón, presión arterial alta / baja)?       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Alergias o asma?          |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Problemas de sinusitis, amigdalitis, dolor de garganta o de oído?                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Problemas de tiroides?    |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Problemas de úlceras, estómago o del intestino?                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Defectos cardíacos?       |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Fiebre reumática o cardiopatía reumática?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Diabetes?                 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Rayos X o quimio-terapia para un tumor?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Enfermedad contagiosa?    |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Incapacidades físicas, retraso mental?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Embarazo?                 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Problemas emocionales, atención psiquiátrica, alcoholismo o adicción a las drogas? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Enfermedad del riñón?     |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Enfermedad respiratoria, neumonía, tuberculosis, falta de respiración?             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ha llegado a la pubertad? |

Por favor describa cualquier enfermedad, otras condiciones, problemas o tratamiento médico actual, incluyendo operaciones inminentes, u otra información que la doctora debe tener en cuenta:

---

---

---

HISTORIA DENTAL

- | Si                       | No                       |   |
|--------------------------|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Fecha del último examen dental _____                              |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Es usted alérgico a algún anestésico local (novocaína, Xylocain)? |

Tiene o ha tenido ALGUNA DE LAS SIGUIENTES:

- |                          |                          |  |
|--------------------------|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Consulta o tratamiento previo de ortodoncia?                                     |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Cirugía o tratamiento periodontal?   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Tratamiento para la articulación temporomandibular?                              |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Hace algun sonido o tiene dolor al abrir la boca?                                |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Cirugía oral o tratamiento de rayos x para la mandíbula, la boca o los labios?   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Le faltan algunos dientes o a tenido extracciones?                               |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Problemas con el sangrado de las encías o con la curación después de la cirugía? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Lesiones a la cara, la boca o los dientes?                                       |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Rechina los dientes?   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Tiene sensibilidad al lo caliente, frío o los dulces?                            |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Tratamientos con flúoruro?   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Terapia del habla?   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Otros: _____   |

---

---

Certifico que la información dada es verdadera y fue completada a lo mejor de mi conocimiento

\_\_\_\_\_  
Firma Firma de Doctora

\_\_\_\_\_  
Fecha Fecha