

**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 anesteticos locales? Si No  
15. Es usted alergico a algun anestésico 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? \_\_\_\_\_ Si No  
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)