

Información del paciente

Nombre

Prefijo

Primero

Inicial Medio

Última

Sexo (círculo)

Mujer

Masculino

Otro

Nacimiento

Edad

SSN

Dirección de correo electrónico:

Dirección postal

Dirección

Ciudad

Estado

Zip

Dirección de la calle

Dirección

Ciudad

Estado

Zip

Teléfono de casa

Teléfono celular

¿Este número es el mismo para toda la familia?

Sí

NO

¿Está bien enviar mensajes de texto a este número de celda?

Sí

NO

Método de contacto preferido (círculo uno)

casa #

Celda #

Correo electrónico

Método de confirmación preferido (círculo uno)

casa #

Celda #

Correo electrónico

Preferencia de cita (circule todos los que correspondan)

AM

PM

Evening

Preferencia de día (circule todo lo que corresponda)

M

T

W

TH

F

Su dentista anterior

Nombre

Dirección

Teléfono ?

Ultima visita

Su médico

Nombre

Dirección

Teléfono ?

Ultima visita

Su farmacia preferida

Nombre

Dirección

Teléfono ?

Información escolar

¿Eres estudiante?

Tiempo completo

Tiempo parcial

No es un estudiante

Nombre de la escuela o universidad

Información dental

Motivo de la visita de hoy

¿Tienes dolor?

SÍ

NO

En caso afirmativo, ¿dónde?

En caso afirmativo, ¿por cuánto tiempo?

Sírvase indicar cualquiera de los siguientes problemas dando vueltas "sí" sobre la pregunta correspondiente

Incomodidad, chas clic o estallido en la mandíbula

Sí

Encías rojas, hinchadas o sangrantes

Sí

Una aplicación dental extraíble/ incluyendo prótesis parciales

Sí

Ampollas/úlceras en o alrededor de la boca

Sí

Sangrado prolongado por una lesión/extracción

Sí

Mis dientes son sensibles a: círculo todos los que se aplican

Caliente

Frío

Dulces

Presión/mordida

Dientes manchados

Sí

Mandíbula de bloqueo

Sí

Mal aliento

Sí

Muelas

Sí

Relleno(s) perdido/roto(s)

Sí

Dientes gruñendo/apretando

Sí

Timbre en los oídos

Sí

Diente roto/astillado

Sí

Enfermedad de las encías

Sí

Dificultad para cerrar la mandíbula

Sí

Dificultad para abrir la mandíbula

Sí

Alimentos atrapados entre los dientes

Sí

Hinchazón/bultos en la boca

Sí

¿Cuántas veces al día te cepillas?

¿Usas hilo dental?

SÍ

NO

¿Cómo calificarías tu sonrisa? De peor a lo mejor

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

¿Quieres dientes más blancos?

SÍ

NO

Historia médica

¿Estás en buen estado de salud?

SÍ

NO

¿Está bajo el cuidado de un médico?

SÍ

NO

Si sí, explique

¿Ha recomendado un médico o dentista anterior que tome una premedicación anitbiótica antes de su cita dental?

SÍ

NO

Si sí, explique

¿Ha tenido alguna enfermedad, operación o ha sido hospitalizado en los últimos cinco años?

SÍ

NO

Si sí, explique

¿Está tomando actualmente un anticoagulante?

SÍ

NO

En caso afirmativo, nombre y dosis de medicamentos

¿Alguna vez has tenido una lesión grave en la cabeza o el cuello?

SÍ

NO

if Sí, explain

¿Está recibiendo tratamiento para el manejo del dolor?

Si sí, explique

qué medicamentos y dosis está tomando

¿Alguna vez has tomado Phen-Fen o Redux?

SÍ

NO

Está tomando, o alguna vez ha tomado medicamentos de densidad ósea, inhibidores de RANKL o bisfosfonatos como Denosumab, Fosamax, Boniva, Actonel, IV-Zometa, Aredia, Reclast, o Evista en los últimos 12 años?

SÍ

NO

¿usted fuma?

SÍ

NO

Paquetes por día

¿Tú haces vapeo?

SÍ

NO

Con qué frecuencia

¿Usas tabaco para masticar?

SÍ

NO

¿Usas marihuana medicinal?

SÍ

NO

¿Utilizas sustancias controladas?

SÍ

NO

¿Usas drogas recreativas?

SÍ

NO

¿Tienes antecedentes de abuso de drogas?

SÍ

NO

¿Tienes antecedentes de abuso de alcohol?

SÍ

NO

Historial Médico - Página 2

¿Tiene o ha tenido alguno de los siguientes:

Sida	SÍ NO	Hepatitis B	SÍ NO
Alzheimer's	SÍ NO	Hepatitis C	SÍ NO
Anemia	SÍ NO	Presión arterial alta	SÍ NO
Anafilaxis	SÍ NO	Hipoglucemia	SÍ NO
Angina/dolor torácico	SÍ NO	Latidos cardíacos irregulares	SÍ NO
Ansiedad	SÍ NO	Reemplazo articular - si sí, qué articulación, fecha de la cirugía	SÍ NO
Válvulas cardíacas artificiales	SÍ NO		
Artritis	SÍ NO		
Asma	SÍ NO	Enfermedad renal	SÍ NO
Trastorno autoinmunitario	SÍ NO	Leucemia	SÍ NO
Problemas de espalda	SÍ NO	Enfermedad hepática/Ictericia	SÍ NO
Problemas de sangrado	SÍ NO	Presión arterial baja	SÍ NO
Trastorno de la sangre - si es así, ¿de qué tipo?	SÍ NO	Problemas de salud mental	SÍ NO
		Prolapso de la válvula mitral	SÍ NO
Transfusión de sangre	SÍ NO	Osteoporosis/osteopenia	SÍ NO
Cáncer, si sí, ¿de qué tipo?	SÍ NO	Neumonía	SÍ NO
		Implante protésico	SÍ NO
Marcapasos cardíaco	SÍ NO	Tratamiento de radiación , en caso afirmativo, cuando?	SÍ NO
Quimioterapia	SÍ NO		
Trastorno cardíaco congénito	SÍ NO	Diálisis renal	SÍ NO
Insuficiencia cardíaca congestiva	SÍ NO	Problemas respiratorios	SÍ NO
Válvulas cardíacas dañadas	SÍ NO	Fiebre reumática	SÍ NO
Retraso en la curación	SÍ NO	Enfermedades de transmisión sexual	SÍ NO
Diabetes	SÍ NO	Enfermedad de las células falciformes	SÍ NO
Fácil de enrollar	SÍ NO	Rasgo de células falciformes	SÍ NO
Enfisema	SÍ NO	Problemas sinusales	SÍ NO
Epilepsy	SÍ NO	Apnea del sueño	SÍ NO
Desmayos	SÍ NO	Ronquidos	SÍ NO
Problemas gastrointestinales	SÍ NO	Golpe	SÍ NO
Glaucoma	SÍ NO	Úlceras estomacales	SÍ NO
Jaquecas	SÍ NO	Glándulas del cuello hinchadas	SÍ NO
Ataque(s) cardíaco(s)	SÍ NO	Tobillos hinchados	SÍ NO
Soplo cardíaco	SÍ NO	Enfermedad tiroidea	SÍ NO
Cirugía cardíaca	SÍ NO	Tuberculosis	SÍ NO
Hemofilia	SÍ NO	Tumores	SÍ NO
Hepatitis A	SÍ NO	Utilice la máquina CPAP	SÍ NO

Historial Médico - Página 3

Sólo para mujeres

¿Existe la posibilidad de embarazo?

Sí | NO

Fecha de entrega prevista

¿Estás amamantando?

Sí | NO

Medicamentos

¿Está tomando algún medicamento recetado, vitaminas, minerales, suplementos o medicamentos de venta libre?

Sí | NO

Por favor, enumere cualquier medicamento, vitaminas, minerales o suplementos que esté tomando actualmente

	Nombre del medicamento	Dosificación	Frecuencia	Razón por la que tomar medicamentos
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				

ALLERGIAS

¿Eres alérgico o has tenido una reacción?

Aspirina

Sí | NO

AINE's

Sí | NO

Codeína

Sí | NO

Alergia a las nueces

Sí | NO

Ibuprofen o

Sí | NO

Penicilina/Amoxicilina

Sí | NO

Yodo

Sí | NO

Tinte rojo

Sí | NO

Látex

Sí | NO

Sulfa

Sí | NO

Anestésico local

Sí | NO

¿Tiene alguna alergia alimentaria:

Sí | NO

Por favor, enumere

¿Tienes alguna otra alergia conocida?

Sí | NO

Por favor, enumere

¿Eres alérgico al níquel?

Sí | NO

¿Eres alérgico a otros metales?

Sí | NO

CONTACTO DE EMERGENCIA

Nombre de contacto	Número de contacto	Relación con el paciente

Información del seguro

Estado del empleo:	Tiempo completo _____	Tiempo parcial _____	Retirado _____	
Estado civil:	Casado _____	Divorciado _____	Viuda _____	Soltero _____
	Seperados _____			
Responsable para su cuenta:	Propio _____	Padre _____	Madre _____	Cónyuge _____
	Otro _____			
Responsable (si no es paciente)	Nombre _____			
	<small>Primero</small>	<small>Inicial Medio</small>	<small>Última</small>	
Número de Seguro Social _____	Fecha de nacimiento _____		Teléfono _____	
	<small>Dirección</small>	<small>Ciudad</small>	<small>Estado</small>	<small>Zip</small>
Nombre del empleador _____			Teléfono _____	
	<small>Dirección</small>	<small>Ciudad</small>	<small>Estado</small>	<small>Zip</small>

SEGURO PRIMARIO

Nombre de la compañía de seguros	_____			
Dirección del seguro	_____			
	<small>Dirección</small>	<small>Ciudad</small>	<small>Estado</small>	<small>Zip</small>
Nombre del suscriptor	_____	Fecha de nacimiento _____		
Suscriptor Género	Masculino _____	Mujer _____	Otro _____	
ID de suscriptor	_____	Número de grupo _____		
Dirección del suscriptor	_____			
	<small>Dirección</small>	<small>Ciudad</small>	<small>Estado</small>	<small>Zip</small>

SEGURO SEGUNDO (Si existe)

Nombre de la compañía de seguros	_____			
Dirección del seguro	_____			
	<small>Dirección</small>	<small>Ciudad</small>	<small>Estado</small>	<small>Zip</small>
Nombre del suscriptor	_____	Fecha de nacimiento _____		
Suscriptor Género	Masculino _____	Mujer _____	Otro _____	
ID de suscriptor	_____	Número de grupo _____		
Dirección del suscriptor	_____			
	<small>Dirección</small>	<small>Ciudad</small>	<small>Estado</small>	<small>Zip</small>