

Información del paciente

Nombre

<i>Prefijo</i>	<i>Primero</i>	<i>Inicial Medio</i>	<i>Última</i>
----------------	----------------	----------------------	---------------

Sexo (círculo)

Mujer

Masculino

Otro _____

Nacimiento _____

Edad _____

SSN _____

Dirección de correo electrónico:

Dirección postal

<i>Dirección</i>	<i>Ciudad</i>	<i>Estado</i>
------------------	---------------	---------------

Dirección de la calle

<i>Dirección</i>	<i>Ciudad</i>	<i>Estado</i>
------------------	---------------	---------------

Teléfono de casa

Teléfono celular

¿Este número es el mismo para toda la familia?

<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> NO
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> NO

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

Método de contacto preferido (círculo uno)

<input type="checkbox"/> casa #	<input type="checkbox"/> Celda #	<input type="checkbox"/> Correo electrónico
---------------------------------	----------------------------------	---

Método de confirmación preferido (círculo uno)

<input type="checkbox"/> casa #	<input type="checkbox"/> Celda #	<input type="checkbox"/> Correo electrónico
---------------------------------	----------------------------------	---

Preferencia de cita (circule todos los que correspondan)

<input type="checkbox"/> AM	<input type="checkbox"/> PM	<input type="checkbox"/> Evening
-----------------------------	-----------------------------	----------------------------------

Preferencia de día (circule todo lo que corresponda)

<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> T	<input type="checkbox"/> W	<input type="checkbox"/> TH
----------------------------	----------------------------	----------------------------	-----------------------------

<input type="checkbox"/> 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?

<input type="checkbox"/> Tiempo completo	<input type="checkbox"/> Tiempo parcial	<input type="checkbox"/> No es un estudiante
--	---	--

Nombre de la escuela o universidad _____

Información dental

Motivo de la visita de hoy

Sí	NO
----	----

¿Tienes dolor?

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?

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
Anafilasis	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 congénital	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

Ibuprofén 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	<input type="checkbox"/>	Tiempo parcial	<input type="checkbox"/>	Retirado	<input type="checkbox"/>
Estado civil:	Casado	<input type="checkbox"/>	Divorciado	<input type="checkbox"/>	Viuda	<input type="checkbox"/>
	Separados	<input type="checkbox"/>			Soltero	<input type="checkbox"/>
Responsable para su cuenta:	Propio	<input type="checkbox"/>	Padre	<input type="checkbox"/>	Madre	<input type="checkbox"/>
	Otro	<input type="checkbox"/>			Cónyuge	<input type="checkbox"/>
Responsable (si no es paciente)	Nombre	<hr/>				
		Primer	Inicial	Medio	Última	
Número de Seguro Social	<hr/>	Fecha de nacimiento	<hr/>	Teléfono	<hr/>	
		<i>Dirección</i>	<i>Ciudad</i>	<i>Estado</i>	<i>Zip</i>	
Nombre del empleador	<hr/>			Teléfono	<hr/>	
		<i>Dirección</i>	<i>Ciudad</i>	<i>Estado</i>	<i>Zip</i>	

SEGURO PRIMARIO

Nombre de la compañía de seguros	<hr/>					
Dirección del seguro	<hr/>	<i>Dirección</i>	<i>Ciudad</i>	<i>Estado</i>	<i>Zip</i>	
Nombre del suscriptor	<hr/>	Fecha de nacimiento	<hr/>			
Suscriptor Género	Masculino	<input type="checkbox"/>	Mujer	<input type="checkbox"/>	Otro	<input type="checkbox"/>
ID de suscriptor	<hr/>	Número de grupo	<hr/>			
Dirección del suscriptor	<hr/>	<i>Dirección</i>	<i>Ciudad</i>	<i>Estado</i>	<i>Zip</i>	

SEGURO SEGUNDO (Si existe)

Nombre de la compañía de seguros	<hr/>					
Dirección del seguro	<hr/>	<i>Dirección</i>	<i>Ciudad</i>	<i>Estado</i>	<i>Zip</i>	
Nombre del suscriptor	<hr/>	Fecha de nacimiento	<hr/>			
Suscriptor Género	Masculino	<input type="checkbox"/>	Mujer	<input type="checkbox"/>	Otro	<input type="checkbox"/>
ID de suscriptor	<hr/>	Número de grupo	<hr/>			
Dirección del suscriptor	<hr/>	<i>Dirección</i>	<i>Ciudad</i>	<i>Estado</i>	<i>Zip</i>	