

INFORMACION PERSONAL

Nombre Completo: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Sexo: F M

Dirección Postal: _____

Ciudad: _____ Edo: _____ Zip Code: _____

Tel. Celular: _____ Tel. Casa: _____

Email: _____

Ocupación: _____ Empleador: _____ Tel.: _____

Nombre Plan Médico: _____ Asegurado Principal: Si No

En caso de Emergencia Notificar a: _____ Tel.: _____

¿Cómo se enteró de nuestros Servicios? : _____

¿Alguien más puede tener acceso al historial del paciente?: Si No

Nombre Completo: _____ Tel.: _____

HISTORIAL CLINICO

INDIQUE SI TIENE O HA TENIDO ALGUNA VEZ:

Hospitalización por enfermedad o lesión _____

Reacción alérgica a algún medicamento o material _____

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Problemas Cardíacos | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> SIDA / HIV |
| <input type="checkbox"/> Presión Alta | <input type="checkbox"/> Trastornos Digestivos | <input type="checkbox"/> Sinusitis crónica |
| <input type="checkbox"/> Presión Baja | <input type="checkbox"/> Lesiones en la cabeza y/o cuello | <input type="checkbox"/> Tratamiento Psiquiátrico |
| <input type="checkbox"/> Marcapasos | <input type="checkbox"/> Epilepsia, convulsiones (ataques) | <input type="checkbox"/> Antidepresivos |
| <input type="checkbox"/> Desfibrilador Implantado | <input type="checkbox"/> Problemas Neurológicos | <input type="checkbox"/> Adicción al Alcohol |
| <input type="checkbox"/> Problemas respiratorios | <input type="checkbox"/> Infecciones víricas - herpes labial | <input type="checkbox"/> Adicción a Drogas |
| <input type="checkbox"/> Anemia u otro trastorno en la sangre | <input type="checkbox"/> Cáncer | <input type="checkbox"/> Problema Mental |
| <input type="checkbox"/> Hemorragias | <input type="checkbox"/> Terapia de radiación | <input type="checkbox"/> Artritis Reumatoidea |
| <input type="checkbox"/> Tuberculosis | <input type="checkbox"/> Quimioterapia | <input type="checkbox"/> Artritis |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Dolores de Cabeza | <input type="checkbox"/> Ansiedad |
| <input type="checkbox"/> Colesterol Elevado | <input type="checkbox"/> Enfermedad de la Tiroides | |

Describa cualquier tratamiento médico actual, medicamento o cirugía inminente que pudiese afectar su tratamiento dental:

ANTECEDENTES DENTALES

¿Cuál es el propósito de su visita? _____

¿Está usted consciente de algún problema dental? _____

¿Cuándo fue su última visita al Dentista? _____

¿Nombre / Referido Dentista anterior? _____

¿Cuándo le realizaron su última limpieza? _____

¿Ha experimentado dolor o irritación en los músculos, cara o cerca del oído? Sí No

¿Usted es una persona que ronca? Sí No

¿Está usted satisfecho con el aspecto de sus dientes? Sí No

¿Tiene usted dientes descoloridos que le molesten? Sí No

¿Siente usted que a veces tiene mal aliento? Sí No

¿Ha tenido usted tratamiento ortodóncico? Sí No

¿Consume usted cigarillo ? Sí No

Si contesto si, ¿cuanto consume diariamente? _____

¿Ha tenido usted experiencias odontológicas desagradables o hay algo que le desagrade de la odontología? Sí No Explique: _____

¿Tiene usted alguna pregunta o preocupación específica acerca de su salud oral?

Firma Paciente

Fecha