Fecha _____

Nombre _____ Fecha de Nacimiento _____ Sexo: H ___ M ___

Numero de Telefono _____ Email _____

Dirección _____ Ciudad/Estado/Zip Code _____

SSN _____ Estado Marital: C ___ D ___ V ___ D___

Empleador _____ ¿Cuánto tiempo has estado en tu trabajo actual? _____

Ocupacion _____

Dias / Horario ideal para contactarle? _____

Contacto de Emergencia _____ Número de Teléfono _____

Relación _____

Cuéntanos Sobre Ti

¿A quién podemos agradecer por referirle? _____

¿Fecha de su última visita dental? _____

¿Fecha de su última visita de higiene dental? _____

Seguro (Primario)

Compañía de Seguro _____ Número de Identificación _____

Nombre del Titular de la Póliza _____ Fecha de nacimiento del titular _____

Relación con el Paciente _____

Seguro (Secundario)

Compañía de Seguro _____ Número de Identificación _____

Nombre del Titular de la Póliza _____ Fecha de nacimiento del titular _____

Relación con el Paciente _____

Historia Medica

¿Alguna vez has tenido alguna de las siguientes condiciones médicas?

- Sangrado anormal
- Huesos / Articulaciones artificiales
- Anemia
- Asma
- Artritis
- Transfusión de sangre
- Cáncer/ Quimioterapia
- Defecto cardiaco congenito
- Diabetes
- Respiración dificultosa
- Desorden del sueno
- Ronquido
- Abuso de drogas / alcohol
- Enfisema
- Epilepsia / Convulsiones / Desmayos
- Ampollas de fiebre
- Desorden alimenticios

- Glaucoma
- Ulceras
- Soplo cardiaco
- Enfermedades cardiovascular
- Cirugía del corazón / Marcapaso
- Hemofilia
- Hepatitis, ictericia o enfermedad del hígado
- Presion arterial alta/baja
- SIDA o infección por VIH
- Enfermedad gastrointestinal
- Ataque al corazón / Derrame
- Problemas de riñón
- Prolapso de la válvula mitral
- Condición de salud mental _____ Por favor especificar _____
- Dolor de pecho al hacer esfuerzo
- G. E Reflujo / Acidez estomacal persistente
- Tratamiento de radiación
- Fiebre reumática
- Dolores de cabeza severos
- Herpes
- Anemia
- Problemas sinusales
- Problemas de la tiroides
- Tuberculosis
- Colitis
- Enfermedades venéreas
- Osteoporosis
- Glandula inflamada
- Arteriosclerosis
- Otro_____

¿Alguna vez has tomado bifosfonatos?_____

¿Alguna vez has sufrido alguna lesión en la cara, la boca, los dientes o la barbilla? _____

¿Alguna vez has tenido un problema serio o difícil relacionado con algún trabajo dental previo? _____

Si es así, por favor explicar: _____

¿Sangran sus encías? _____

¿Alguna vez has tenido dolor o sensibilidad en la articulación de la mandíbula? _____

¿Usa o fuma tabaco en alguna forma? _____

¿Consume bebidas alcohólicas? _____

Estado de salud física actual _____

Nombre y número de teléfono del médico de cabecera _____

¿Un médico o dentista le ha recomendado tomar antibióticos antes de su tratamiento dental? _____

¿Tiene alguna enfermedad/ condición no mencionada arriba que crea que deberíamos saber?
_____

Para Mujeres

¿Está actualmente embarazada? _____

¿Está tomando píldoras anticonceptivas? _____

Enumere los medicamentos recetados y de venta libre que está tomando actualmente
_____

_____
_____

Alergias

¿Es alérgico(a) o ha tenido una reacción a alguno de los siguientes?

- Anestésicos locales
- Aspirina
- Penicilina u otros antibióticos
- Barbitúricos, sedantes o pastillas para dormir
- Medicamentos sulfa
- Codeína u otros narcóticos
- Metales
- Latex
- Yodo
- Alergia estacional/ Rinitis alérgica
- Animales
- Comida
- Otro _____

Firma _____
Fecha
_____
_____

(Paciente, tutor legal o representante autorizado del paciente)