



HISTORIAL MEDICO

INFORMACIÓN PARA EL PACIENTE:

Nombre: Último _____ Primera _____ Media Inicial _____ Sexo: M F
 Número de seguro social _____ Fecha de nacimiento _____ Edad _____
 Si el paciente es menor, use el nombre del padre o guardián _____

INFORMACION DE LA PERSONA RESPONSABLE:

Nombre: Último _____ Primera _____ Media Inicial _____ Estado Civil _____
 Relación al paciente: _____
 Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Zona Postal _____
 Correo electrónico dirección (para confirmación de la cita) _____
 Teléfono (casa) _____ (trabajo) _____ Fecha de nacimiento _____
 Numero de licencia de conducir _____ Numero de seguro social _____
 Ocupación _____ Empleador _____ # de años empleado _____
 Nombre / teléfono del pariente más cercano no vive contigo: _____

¿COMO ESCUCHO ACERCA DE NOSOTROS? FAVOR DE MARCAR DEBAJO:

- Facebook / Twitter Amigo/ Pariente Buscador de Internet Directorio telefónico
 Signo Empleador Listas de correo sitio web

Razón por la cual nos visita hoy _____
 Fecha de última visita dental _____

¿ Ha tenido alguna vez una experiencia en un consultorio dental, que le gustaría decirnos sobre? Sí No

Si, la respuesta es si, por favor explíquenos _____

Nombre y teléfono de su médico Doctor _____

¿Qué medicamentos está tomando ahora? _____

¿Que medicinas está tomando en este momento? _____

Si es mujer, ¿está embarazada? Sí No en caso afirmativo, ¿cuánto? _____

Marque cualquiera que haya tenido o tenga en este momento:

- | | | | |
|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> AIDS / HIV+ | <input type="checkbox"/> Enfermedad de la tiroides | <input type="checkbox"/> Glaucoma | <input type="checkbox"/> Soplo cardíaco |
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Enfermedad hepática | <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> Tuberculosis |
| <input type="checkbox"/> Articulaciones artificiales | <input type="checkbox"/> Enfermedad renal | <input type="checkbox"/> Herpes | <input type="checkbox"/> Úlceras |
| <input type="checkbox"/> Artritis, Reumatismo | <input type="checkbox"/> Enfermedad venérea | <input type="checkbox"/> Alto de presión de sangre | <input type="checkbox"/> Válvulas cardíacas artificiales |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Enfermedades del corazón | <input type="checkbox"/> Marcapasos | <input type="checkbox"/> Otra _____ |
| <input type="checkbox"/> Atención psiquiátrica | <input type="checkbox"/> Enfisema | <input type="checkbox"/> Moretes fácilmente | |
| <input type="checkbox"/> Cáncer | <input type="checkbox"/> Epilepsia o convulsiones | <input type="checkbox"/> Medicina de cortisona | |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Escarlatina | <input type="checkbox"/> Prolapso de la válvula mitral | |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad de la sangre | <input type="checkbox"/> Fiebre reumática | <input type="checkbox"/> Dolor en las articulaciones de la mandíbula | |

Cualquiera de los siguientes medicamentos que usted es alérgico a la marca:

- Aspirinas Látex Otros narcóticos Sulfonamidas
 Codeína Anestésicos locales Penicilina u otros antibióticos Otros _____

A lo mejor de mi conocimiento, las preguntas en este formulario han sido contestadas con precisión. También proporcionar información falsa puede ser peligroso. Es mi responsabilidad informar a la oficina dental de cualquier cambio en la condición médica.

Firma del paciente / Padre / Tutor

HIPPA: Firma a continuación es sólo el reconocimiento que ha recibido el aviso de nuestras prácticas de privacidad.

MEDICAL HISTORY UPDATED:

Firma del paciente / Padre / Tutor

 Dr. _____ Date _____

 Dr. _____ Date _____

 Dr. _____ Date _____