

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

PRIMER NOMBRE	SEGUND NOMBRE	APELLIDO	FECHA DE HOY
CORREO ELECTRÓNICO			
DOMICILIO	APT#		FECHA DE NACIMIENTO
CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL	☐ MASCULINO ☐ CASADO ☐ FEMENINO ☐ SOLTERO(A)
TELÉFONO DE CASA ☐ PREFERIBLE	TELÉFONO CELULAR ☐ PREFERIBLE	TELÉFONO DE TRABAJO ☐ PREFERIBLE	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL

SI EL PACIENTE ES MENOR DE EDAD, PROPORCIONE LO SIGUIENTE	NOMBRE DEL PADRE/MADRE O TUTOR	RELACIÓN ☐ PADRES ☐ ABUELOS ☐ OTROS ☐ TUTOR LEGAL		
	CORREO ELECTRÓNICO			
	DOMICILIO ☐ IGUAL QUE ARRIBA	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL
	TELÉFONO DE CASA ☐ PREFERIBLE	TELÉFONO CELULAR ☐ PREFERIBLE	TELÉFONO DE TRABAJO ☐ PREFERIBLE	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL
¿CON QUIÉN VIVE EL MENOR? ☐ MADRE ☐ PADRE ☐ AMBOS ☐ OTROS (POR FAVOR ESPECIFIQUE) _____				

INFORMACIÓN EN CASO DE EMERGENCIA

PERSONA PARA CONTACTAR EN CASO DE EMERGENCIA	NÚMERO DE TELÉFONO	RELACIÓN
PARIENTE MÁS CERCANO QUE NO VIVA CON USTED	NÚMERO DE TELÉFONO	RELACIÓN

EL MAYOR COMPLEMENTO QUE NUESTROS PACIENTES NOS PUEDEN DAR ES REFERIR A SU FAMILIA Y AMISTADOS

¿A QUIÉN PODEMOS AGRADECER POR REFERIRLE? FAVOR DE PROPORCIONAR NOMBRE COMPLETO	¿ES PACIENTE NUESTROS? ☐ SÍ ☐ NO – ELIGE ABAJO
¿CÓMO SE ENTERO DE NUESTRA OFICINA? ☐ NUESTRA PÁGINA WEB ☐ CARTELON ☐ SU EMPLEADOR ☐ PUBLICACION/CINDICATO DE UNION ☐ EVENTO PÚBLICO ☐ COMPAÑÍA DE SEGUROS ☐ BUSQUEDA EN LÍNEA ☐ MEDIO SOCIAL	

SI USTED TIENE SEGURO DENTAL, POR FAVOR PROPORCIONE LO SIGUIENTE CON SU TARJETA DE SEGURO

SEGURO PRIMARIO		SEGURO SECUNDARIO	
NOMBRE DE LA COMPAÑÍA DE SEGURO	TELÉFONO DEL SEGURO	NOMBRE DE LA COMPAÑÍA DE SEGURO	TELÉFONO DEL SEGURO
NOMBRE DEL EMPLEADOR	TELÉFONO DEL EMPLEADOR	NOMBRE DEL EMPLEADOR	TELÉFONO DEL EMPLEADOR
NOMBRE DEL ASEGURADO		NOMBRE DEL ASEGURADO	
FECHA DE NACIMIENTO	RELACIÓN CON EL PACIENTE	FECHA DE NACIMIENTO	RELACIÓN CON EL PACIENTE
NÚMERO DE IDENTIDAL DEL ASEGURADO	NÚMERO DE GRUPO	NÚMERO DE IDENTIDAL DEL ASEGURADO	NÚMERO DE GRUPO
NÚMERO DE SEGURO SOCIAL DEL ASEGURADO		NÚMERO DE SEGURO SOCIAL DEL ASEGURADO	

Las siguientes preguntas son para su beneficio y asegurar que cualquier tratamiento dental tendrá en cuenta su estado de salud pasado y presente. Algunas preguntas pueden parecer ajenas a su condición dental, pero están todos asociados con el cuidado de la salud bucal. Por favor, conteste cada pregunta.

- ¿Ha tomado algún medicamento o fármaco durante los últimos dos años? ☐ SÍ ☐ NO
- ¿Toma actualmente algún medicamento, fármaco, pastillas o remedios herbales, incluyendo dosis de aspirina? ☐ SÍ ☐ NO
Si la respuesta es sí, aliste el nombre y la dosis _____
- ¿Es usted sensible o alérgico a alguna sustancia o medicamento? ☐ SÍ ☐ NO
Si es sí, marque todas las que correspondan ☐ Aspirina ☐ Codeína ☐ Darvon ☐ Demerol ☐ Eritromicina ☐ Látex ☐ Óxido nítrico
☐ Penicilina ☐ Percodan ☐ Medicamento de Sulfá ☐ Tetraciclina ☐ Valium ☐ Vicodin ☐ Metales ☐ Otros
- ¿Alguna vez ha tomado medicamentos con receta médica para la pérdida de peso (pastillas de dieta)? ☐ SÍ ☐ NO
¿Si la respuesta es sí, tomó alguno de los siguientes: ☐ Fen-Phen ☐ Pondimin ☐ Redux ☐ Other
- ¿Alguna vez ha tomado fármacos para la osteoporosis o prevención de tal, como Fosamax, Actonel, Boniva o algún fármaco similar? ☐ SÍ ☐ NO
- ¿Ha estado hospitalizado en los últimos cinco años? ☐ SÍ ☐ NO
- ¿Alguna vez ha tenido una lesión grave en la cabeza o la boca? ☐ SÍ ☐ NO
- ¿Le han dicho alguna vez que tome un pre-medicamento antes del tratamiento dental? ☐ SÍ ☐ NO
- ¿Hay algo más acerca de tener un tratamiento dental que usted quisiera saber? ☐ SÍ ☐ NO
Por favor explique : _____
- ¿Ha bajado o subido más de 10 libras durante el año pasado? ☐ SÍ ☐ NO
- ¿Tiene o ha tenido alguna enfermedad, condición o problema que no se haya mencionado? ☐ SÍ ☐ NO
- Si la respuesta es sí, por favor haga una lista: _____
- Indique cuál de las siguientes ha tenido, o tiene en la actualidad. Marque "SÍ" o "NO" a cada elemento.

NOTA: Algunas condiciones médicas pueden requerir una consulta médica con su médico antes del inicio de cualquier tratamiento dental.

	SÍ	NO		SÍ	NO		SÍ	NO
A.I.D.S./H.I.V. Positivo	☐	☐	Diabetes	☐	☐	Prolapso de la válvula mitral	☐	☐
Anemia	☐	☐	Dieta (especial/restringida)	☐	☐	Trastornos nerviosos	☐	☐
Artritis/Reumatismo	☐	☐	Dificultad para tragar	☐	☐	Nerviosismo/ansiedad	☐	☐
Válvula cardíaca artificial/marcapasos	☐	☐	Adicción a las drogas	☐	☐	Trastornos neurológicos	☐	☐
Articulaciones artificiales	☐	☐	Enfisema	☐	☐	Osteoporosis	☐	☐
Prótesis artificial	☐	☐	Epilepsia o convulsiones	☐	☐	Atención psiquiátrica/psicológica	☐	☐
Asma	☐	☐	Sangrado excesivo	☐	☐	Radioterapia	☐	☐
Enfermedad sanguínea	☐	☐	Desmayos o mareos fuertes	☐	☐	Fiebre reumática	☐	☐
Transfusión de sangre	☐	☐	Glaucoma	☐	☐	Fiebre escarlata	☐	☐
Presenta moretones con facilidad	☐	☐	Fiebre del heno/alergia/urticaria	☐	☐	Anemia falciforme	☐	☐
Cáncer, tumores, quistes	☐	☐	Lesiones en la cabeza	☐	☐	Sinusitis	☐	☐
Parálisis cerebral	☐	☐	Cirugía, enfermedad, ataque) al corazón	☐	☐	Apoplejía	☐	☐
Quimioterapia	☐	☐	Insuficiencia cardíaca	☐	☐	Hinchazón de tobillos	☐	☐
Dolor de pecho	☐	☐	Soplo cardíaco	☐	☐	Problemas/enfermedad de la tiroides	☐	☐
Varicela	☐	☐	Hemofilia	☐	☐	Amigdalitis	☐	☐
Tos crónica	☐	☐	Hepatitis A B C	☐	☐	Tuberculosis	☐	☐
Herpes labial	☐	☐	Herpes	☐	☐	Úlceras	☐	☐
Lesiones cardíacas congénitas	☐	☐	Presión arterial alta/baja	☐	☐	Enfermedad venérea	☐	☐
Lentes de contacto	☐	☐	Problema/enfermedad renal	☐	☐	Otros (Si es sí, por favor haga una lista)	☐	☐
Cortisona	☐	☐	Enfermedad hepática/Ictericia amarilla	☐	☐			

MUJERES

- ¿Está embarazada o piensa que pudiera estarlo? ☐ SÍ _____ Meses ☐ NO ¿Está actualmente amamantando? ☐ SÍ ☐ NO
- ¿Toma anticonceptivos con prescripción? ☐ SÍ ☐ NO
- ¿Tiene algún problema relacionado con su período menstrual? ☐ SÍ ☐ NO

He respondido a todas las preguntas según a mi conocimiento y comprensión. Si se necesitara más información, doy mi autorización para que se le pregunte a mi proveedor o agencia de atención médica correspondiente, quien puede revelarle dicha información. Notificaré al médico de cualquier cambio en mi salud o medicamento.

FIRMA DEL PACIENTE or GUARDIAN

FECHA

FIRMA DEL DENTISTA

FECHA