



¡Atención! de modo de poder proveer a usted el mejor cuidado posible, termine por favor ambos lados de esta de su historia medica/dental. Toda la information es totalmente confidencial.

OFFICE USE ONLY: _____

REGISTRO PACIENTE

Nombre Del Paciente: _____ Nombre Preferido: _____

Primer Inicial Apellido

Seguro Social #: _____ - _____ - _____ Fecha de Nacimiento: _____ - _____ - _____ Sexo: M F

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Número De Teléfono (Primario): _____ Número De Teléfono (Secundario): _____

Número De Teléfono (Trabajo) _____ Nombre De Emergencia: _____

Número De Teléfono De Emergencia: _____ Relación al paciente: _____

Correo Electrónico: _____

¿ A Quién podemos agradecerle por referirlo? _____

Por favor denos el nombre de un amigo(a) que necesita un dentista: _____

Nombre

Numero de Teléfono

INFORMACIÓN DE LA CUENTA-GUARDIANES

¿Quién es financieramente responsable de esta cuenta o si paciente es menor de edad el nombre de los padres/guardianes?

Seguro Social #: _____ - _____ - _____ Fecha de Nacimiento: _____ - _____ - _____ Numero De Licencia: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Número De Teléfono (Casa): _____ Número De Teléfono (Trabajo): _____

Número De Teléfono (Celular): _____ Relación de paciente: _____

Nombre de Empleo: _____ Ocupación: _____

Dirección Del Empleo: _____ Numero de teléfono: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

HISTORIA DENTAL

1. ¿Tienen problemas dentales en este momento? _____ Si es así explique por favor: _____

2. ¿Cuándo fue su ultima visita al dentista? _____

3. ¿Cuándo fue la última limpieza de dientes? _____

4. ¿Quién fue su último dentista? _____ Ciudad: _____ Estado: _____

5. ¿Usted está satisfecho con su último dentista? Si No

6. ¿Cuántas veces al día se cepilla los dientes? _____ Usa hilo dental? _____

7. Tiene miedo visitar el dentista? Si No

8. ¿Sus ansillas sangran o se irritan fácilmente? Si No

9. ¿Tiene sensibilidad en los dientes al lo caliente, al frío o al dulce? Si No

10. ¿Sus quijadas se sienten cansadas? Si No

11. ¿Usted tiene dolor de la cabeza, el cuello, los hombros o la espalda? Si No

12. ¿Usted le truena la quijada al abrir o cerrar la boca? Si No

13. ¿Usted tiene tendencia de moler o de apretar sus dientes? Si No

14. ¿Si es así usted usa un Protector de Dientes/Guardia de noche? Si No

15. ¿Le gustaría mantener sus dientes sanos y blancos? Si No

HISTORIA MÉDICO

Nombre Del Médico: _____ Número De Teléfono De Médico: _____
Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

¿Un médico le está tratando? Si No Identifique: _____
¿Usted está tomando medicación? Si No Identifique: _____
¿Alérgico a medicación? Si No Identifique: _____
¿Alérgico a los metales? Si No Identifique: _____
¿Enfermedades serias recientes? Si No Identifique: _____
¿Usted ha tenido cirugías importantes? Si No Identifique: _____

CIRCULE por favor cualquiera del lo siguiente que usted ha tenido o tenga actualmente:

Apuro Del Corazón	Abolió	Alta Presión
Diabetes	Fiebre Reumática	Desórdenes Del Ojo
Desorden De Riñones	Tumores o Crecimientos	Sangría Prolongada
Tuberculosis	Asma	Epilepsia
Enfermedad De Veneral	SIDA (VIH +)	Convulsiones
Glaucoma	Murmuro del corazón	Artritis
Actualmente Embarazada	Úlceras	Condición De la Tiroides
Marcapasos Del Corazón	Radioterapia	Fumar/Tabaco
Problemas Respiratorios	Partes Artificiales	Alérgico a Anestésico
Sensibilidad Del Látex	Desmayos Frecuentes	Válvula Artificial Del
Corazón Pildoras Anti-Conceptivas	Ampollas De Fiebre	
Problemas Del Estómago/ Intestinal	Cuidado Psiquiátrico/ Psicológico	

¿Hay otros problemas médicos que debemos estar enterados de ellos? No ¿Si, Explique?

CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO

1. Entiendo que esta información es necesaria para proveer de mí cuidado dental de una manera segura y eficiente. Yo conteste todas las preguntas al mejor de mi conocimiento. Si mas información es necesaria, usted tienen mi permiso de pedir a un doctor o la agencia respectiva del cuidado médico, quien pueden dar tal información a usted. Notificaré al doctor de cualquier cambio en mi salud o medicación.
2. Por este medio doy mi consentimiento para un examen y autorizo al Doctor a tomar radiografías y llevar a cabo todo el tratamiento recomendado después del consentimiento mutuo del doctor y mío y usar la ayuda tal como requerida para proporcionar cuidado apropiado.
3. Autorizo el uso del anestésico, de sedativos, y de otras medicaciones como necesario. Entiendo completamente que usar agentes anestésicos incorpora ciertos riesgos. Entiendo que puedo pedir explicaciones completas de cualquier complicación posible.
4. Yo seré responsable del pago de todos los servicios hechos a mi o mis dependientes. Entiendo que el pago es debido a la hora de servicio a menos que otros arreglos se hayan tomado antes que los servicios se han rendidos.

Firma Paciente: _____ Fecha: _____

Padre/ Persona Responsable: _____ Fecha: _____

Relación al Paciente: _____