

HISTORIA MEDICA

Nombre del paciente: _____

Edad: _____ Chart #: _____ Office #: _____

1. El/la paciente se encuentra en buena salud? Si No
Si contesto no, explique: _____
2. El/la paciente se encuentra bajo cuidado medico actualmente? Si No
Si contesto si, explique la razon: _____
Nombre de el doctor: _____
Number de telefono de el doctor: (____) _____
3. El/la paciente esta tomando algun medicamento actualmente? Si No
Si contesto si, indique que medicamentos: _____
4. El/la paciente alguna vez ha recibido una transfusion de sangre? Si No
Si contesto si, explique cuando & porque? _____
5. La paciente esta embarazada? Si No
Si contesto si, cuantos meses? _____
6. El/la paciente fuma o usa algun tipo de tabaco? Si No
7. El/la paciente ha usado algun tipo de droga recreacional en los ultimos 6 meses? Si No
8. Porfavor marque todas las enfermedades que el/la paciente halla tenido:

SIDA/AIDS	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	MAREOS	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	MURMULLO DEL CORAZON	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	RESULTADO POSITIVO A LA PRUEBA DEL SIDA	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
ALERGIAS	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	EMFISEMA	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	HEPATITIS	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	RADIACION TERAPEUTICA	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
ANEMIA	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	EPILEPSIA	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	ALTA PRESION	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	FIEBRE REUMATICA	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
AGINA DE PECHO	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	DESMAYO	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	SUSPRESORES DE INMUNIDAD	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	SINUSITIS	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
ARTRITIS	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	AMPOYAS CAUSADAS POR FIEBRE	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	ICTERICIA	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	INFARTO	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
ARTICULATION ARTIFICIAL	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	GLAUCOMA	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	PROBLEMAS DEL CORAZON	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	TIROIDES	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
ASTHMA	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	ATAQUE AL CORAZON	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	PROBLEMAS DEL HIGADO	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	TUBERCULOSIS	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
CANCER	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	BYPASS (ARTERIAS) DEL CORAZON	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	BAJA PRESION ARTERIAL ENFERMEDADES DE LOS PULMONES	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	ENFERMEDADES VENEREAS	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
FUEGOS EN LA BOCA	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No						
DIABETES	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No						

9. El/la paciente ha tenido alguna reaccion al recibir anestecia local? Si No
Si contesto si, explique: _____
10. El/la paciente es alergico a alguna droga o medicamento (como la penicilina)? Si No
Si contesto si, que medicamento? _____
11. El/la paciente alguna vez a sangrado y prolongadamente a consecuencia de una herida o extraccion dental? Si No
12. El/la paciente tiene marca-pasos para el corazon, o valvulas artificiales? Si No
13. El/la paciente siente algun ruido en la articulation de la quijada al masticar? Si No
14. El/la paciente tiene algun problema, enfermedad, o condicion medica que no se encuentre listada arriba, de la cual debemos estar enterados? Si No
Si contesto si, explique? _____
15. El/la paciente esta satisfecho con la apariencia de su sonrisa? Si No
Si contesto no, que le gustaria cambiar? _____
16. Que le gustaria a el/la paciente dicutir con el dentista hoy?

<input type="checkbox"/> Dolor de diente	<input type="checkbox"/> Cirujia Oral	<input type="checkbox"/> Dentaduras parciales o completas
<input type="checkbox"/> Examen de rutina	<input type="checkbox"/> Odontologia cosmetica	<input type="checkbox"/> Secunda opinion
<input type="checkbox"/> Reemplazar los dientes que la faltan	<input type="checkbox"/> Extraccion de las muelas del juicio	<input type="checkbox"/> Puente y coronas
<input type="checkbox"/> Orthodoncia (frenos)	<input type="checkbox"/> Problemas de las encias	
17. Le falta algun diente a el/la paciente? Si No
Si contesto si, alguna vez remplazo el/los dientes Si No
Con que tipo de dentadura o puente? _____ En que fecha _____ Se siente comodo? Si No

INFORMACION DE SEGURO MEDICO

Nombre de el empleado: _____

Seguro Social: _____

Fecha de nacimiento: _____

Compañia: _____

Direccion: _____

Telefono: _____

de identificacion: _____

Fecha de contratacion: ____ / ____ / ____

Nombre de la compañia de seguro: _____

No. de grupo: _____

de union: _____

* Complete aqui solo si tiene seguro medico

ACUERDO PARA TRATAMIENTO DENTAL

Por medio de la presente doy mi consentimiento para el tratamiento dental diagnosticado, y me comprometo a ser responsable financieramente por dicho tratamiento.

Firma de el/la paciente: _____ Date: _____
o persona responsable si el/la paciente es menor de edad.

PARA USO DE LA OFICINA DENTAL UNICAMENTE

Comentarios de el doctor: _____

Historia Clinica Revisada Por: _____ Fecha: _____