



PACIENTE NUEVO

Fecha de hoy: _____

Informacion Del Paciente:

Nombre: Apellido: _____ Primer: _____ Segundo: _____

Sexo: M [] F [] Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____ Seguro Social: _____

Direccion: _____

Apt #: _____ Ciudad: _____ Estado: _____Codigo: _____

Empleador: _____ Numero de licencia de conducir: _____

Telefono de casa: _____ Celular: _____ Trabajo: _____

Correo Electronico: _____

Informacion de la persona responsable (si la direccion es la misma de arriba, deje esta en blanco):

Nombre: Apellido: _____ Primer: _____ Segundo: _____

Estado Marital: _____ Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____ Seguro Social: _____

Direccion: _____

Apt #: _____ Ciudad: _____ Estado: _____Codigo: _____

Empleador: _____ Numero de licencia de conducir: _____

Telefono de casa: _____ Celular: _____ Trabajo: _____

Correo Electronico: _____ Relacion al paciente: _____

CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA (Especifique a alguien que no vive en su hogar.)

Nombre: _____ Relacion al paciente: _____

Telefono de casa: _____ Trabajo: _____

Como le gustaria pagar esta visita? [] Seguro Dental [] Medicaid [] TX CHIP [] En Efectivo [] Tarjeta de Credito

Usted está interesado en blanqueamiento dental? [] Si [] No

Como escucho de nosotros? _____

A que se debe su visia hoy? _____

Historial Medico:

Se encuentra actualmente bajo tratamiento medico? [] Si [] No Para que? _____

Fecha de su ultimo examen medico? _____

Usted alguna vez estuvo hospitalizado? [] Si [] No Fecha: _____

Razon: _____

Fecha del último examen físico: _____

Usted fuma o mastica tabaco? [] Si [] No Si es asi, cuanto por dia? _____ Por cuanto tiempo? _____

Usted ha tomado Fosamax, Boniva, Actonel, u otros medicamentos que contienen Bifosfonatos? [] Si [] No

MUJERES: Esta embarazada? [] Si [] No Si es asi cuanto tiempo? _____ Toma pastillas anticonceptivas? [] Si [] No

La lactancia materna? [] Si [] No Tomando reemplazo hormonal? [] Si [] No

Marque cualquiera que haya tenido o tenga en este momento:

- Enfermedad cardiaca detectada al nacer..... Si No
- Fiebre reumatica o enfermedad cardiaca reumatica..... Si No
- Enfermedad cardiovascular (dolor de pecho, problemas del corazon, infarto del corazon, artropatia coronaria, alta presion, derrame, cirugia al corazon, marcapasos)..... Si No
- Enfermedades pulmonares (asma, enfisema, bronquitis, neumonia, tos cronica, tuberculosis)..... Si No
- Trastornos neurologicos (convulsiones, epilepsia, desmayos, mareo, trastornos nerviosos)..... Si No
- Enfermedad de la sangre (anemia, transfusion de sangre, trastorno de sangrado)..... Si No
- Enfermedad del higado (hepatitis, ictericia)..... Si No
- Enfermedad del rinon..... Si No
- Diabetes..... Si No
- Enfermedad de tiroides (tumor)..... Si No
- Artritis o reuma..... Si No
- Problemas del estomago o ulceras..... Si No
- Glaucoma..... Si No
- Ulceras bucales frecuentes o recurrentes?..... Si No
- Implantes/articulaciones artificiales en cualquier parte del cuerpo (valvula cardiaca, cadera, rodilla)..... Si No
- Radiacion (tratamiento de radiacion para cancer) en la region de la cabeza y cuello..... Si No
- Ruidos en la mandibula conjunta, dolor de oido al masticar, moler o rechinar los dientes..... Si No
- Sinusitis o problemas nasales..... Si No
- Alguna enfermedad, droga, u operacion de transplante que haya deprimido el sistema inmunologico..... Si No
- Infecciones recurrentes de cualquier tipo..... Si No

Marque cualquiera que este tomando o usando:

- Antibioticos Medicamento para Tiroide
- Anticoagulantes Medicamento para alta presion o el corazon
- Antihistaminicos anti congestivo Esteroides
- Antiacidos Tranquilizantes, antidepresivos

Alguna vez lo han aconsejado que no tome un medicamento? Si No _____

Por favor ponga todos los medicamentos actuales que este tomando aqui: _____

Es usted alergico o a tenido alguna reaccion adversa a:

- Anestesia local Penicilina o otros antibioticos
- Codeina o otros narcoticos Barbituricos, sedantes o pastillas para dormir
- Ibuprofena o cualquier medicamento de dolor Aspirina
- Sulfamidas Latex
- Cualquier tipo de metal Otro: _____

Entiendo la importancia de mi historia de salud comprendo que la informacion incompleta puede influir negativamente en mi tratamiento. La informacion encima es completa y exacta al mejor de mi conocimiento. Si hay cualquier cambio de mi historia de salud o de cualquier cambio de medicina, informare a mi dentista en la siguiente cita.

Firma del paciente/Padre/Tutor

Fecha de hoy