



# INFORMACION DEL PACIENTE



Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Num. paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
Direccion: \_\_\_\_\_

Calle \_\_\_\_\_ Depto. # \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Codigo Postal \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento: \_\_/\_\_/\_\_ Telefono: Particular: \_\_\_\_\_ Trabajo: \_\_\_\_\_ Celular / Biper: \_\_\_\_\_  
Estatura: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_ Sexo: M F Marque la celda apropiada: Menor Soltero Casado Viudo Separado  
Si es usted estudiante, \_\_\_\_\_ Tiempo completo \_\_\_\_\_ medio tiempo

Nombre de la escuela/universidad \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_  
Empleador del paciente: \_\_\_\_\_ Ocupacion: \_\_\_\_\_ Num. del Seguro Social: \_\_\_\_\_  
Direccion de su trabajo: \_\_\_\_\_

Calle \_\_\_\_\_ Oficina Num \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Codigo Postal \_\_\_\_\_  
Nombre de su conyuge: \_\_\_\_\_ Empleador: \_\_\_\_\_ Telefono en el trabajo: \_\_\_\_\_  
Persona con quien comunicarse en caso de emergencia: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_  
Si usted llena este formulario en nombre de otra persona, que relacion o parentesco hay entre ustedes?

A quien podemos agradecer que lo hayan recomendado a este consultorio? \_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_  
Nombre de la persona responsable de esta cuenta: \_\_\_\_\_ Relacion con el paciente: \_\_\_\_\_  
Direccion (si es distinta de la anterior) \_\_\_\_\_

Calle \_\_\_\_\_ Oficina Num \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Codigo Postal \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento: \_\_/\_\_/\_\_ Telefono: Particular: \_\_\_\_\_ Trabajo: \_\_\_\_\_ Celular / Biper: \_\_\_\_\_  
Num. del Seguro Social: \_\_\_\_\_ Num. de la licencia de conducir: \_\_\_\_\_

**Informacion sobre su cobertura dental principal** Si usted NO tiene una cobertura principal, por favor marque esta celda:   
Nombre del asegurado: \_\_\_\_\_ Relacion con el paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_/\_\_/\_\_  
Direccion (si es distinta de la anterior) \_\_\_\_\_

Calle \_\_\_\_\_ Oficina Num \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Codigo Postal \_\_\_\_\_  
Num. del Seguro Social: \_\_\_\_\_ Num. de la licencia de conducir: \_\_\_\_\_ Fecha en que fue contratado: \_\_\_\_\_  
Nombre del empleador: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Codigo Postal: \_\_\_\_\_  
Compania de seguro dental: \_\_\_\_\_ Num. de grupo: \_\_\_\_\_ Poliza / Num. de identificacion: \_\_\_\_\_

**Informacion sobre su cobertura dental secundaria** Si usted NO tiene una cobertura secundaria, por favor marque esta celda:   
Nombre del asegurado: \_\_\_\_\_ Relacion con el paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_/\_\_/\_\_  
Direccion (si es distinta de la anterior) \_\_\_\_\_

Calle \_\_\_\_\_ Oficina Num \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Codigo Postal \_\_\_\_\_  
Num. del Seguro Social: \_\_\_\_\_ Num. de la licencia de conducir: \_\_\_\_\_ Fecha en que fue contratado: \_\_\_\_\_  
Nombre del empleador: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Codigo Postal: \_\_\_\_\_  
Compania de seguro dental: \_\_\_\_\_ Num. de grupo: \_\_\_\_\_ Poliza / Num. de identificacion: \_\_\_\_\_

# HISTORIA DENTAL

Por favor responda a cada pregunta marcando con un circulo Si o No

Tiene un problema dental especifico o una queja principal? Describalo: \_\_\_\_\_ Si No  
Le hacen exámenes dentales con regularidad? Cuando fue su ultima cita? \_\_\_\_\_ Si No  
Piensa que tiene caries o enfermedad de las encias? \_\_\_\_\_ Si No  
Se cepilla los dientes y usa seda dental con regularidad? Describalo: \_\_\_\_\_ Si No  
Le sangran las encias? Describalo: \_\_\_\_\_ Si No  
Le gusta su sonrisa? Por que? \_\_\_\_\_ Si No  
Quiere conservar los dientes que le quedan? \_\_\_\_\_ Si No  
Siente que la mandibula le truena, le suena o le molesta? Tiende a rechinar los dientes o "moler" la mandibula sin pensa? \_\_\_\_\_ Si No  
Ha tenido buenas experiencias en el consultorio dental? \_\_\_\_\_ Si No  
Nombre de su dentista anterior: \_\_\_\_\_ Fecha de la ultima vez que le tomaron radiografias completas de la boca : \_\_\_\_\_

DECLARO QUE LA INFORMACION QUE PROPORCIONE ARRIBA ES CORRECTA Y COMPLETA.

Fecha: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

(Si el paciente es menor de edad, incluya el nombre en letras de molde y la firma del padre o tutor legal)

RESERVADO AL USO DE OFICINA

DATE: \_\_\_\_\_ REVIEWED BY: \_\_\_\_\_ DENTIST'S COMMENTS \_\_\_\_\_



# HISTORIAL MEDICO



Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Num. paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
 Apellido Nombre Inicial del segundo nombre

**Por favor responda a cada pregunta marcando la celda apropiada o poniendo un circulo en Si o No.**

1. Goza de buena salud? Si No
2. Fecha de su ultimo examen medico: \_\_\_\_\_ Si No
3. Lo esta atendiendo un medico actualmente? Si No  
 Si es asi, cual es la enfermedad o condicion que esta siendo tratada? \_\_\_\_\_  
 Nombre del medico: \_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_
4. Ha tenido una enfermedad grave, lo han operado o ha estado hospitalizado? Si No  
 Por favor explique: \_\_\_\_\_
5. Esta usted tomando algun medicamento? Si No  
 Si es asi que esta tomando? \_\_\_\_\_ Que dosis? \_\_\_\_\_
6. Usa usted actualmente drogas recreativas (p.ej. marihuana, cocaína) o sustancias controladas? Si No  
 Si es asi, que esta tomando?: \_\_\_\_\_
7. Le han dado alguna vez antibioticos como medida preventiva antes de recibir tratamiento dental? Si No  
 Tiene usted sensibilidad o alergias a algunos medicamentos o materiales?  
 Penicilina Tetraciclina Eritromicina Aspirina Codeina Latex Otro  
 Si marco Otro, por favor indique cual: \_\_\_\_\_

9. Tiene o ha tenido algunos de los siguientes?: Por favor marque "S" para Si o "N" para No – responda a todas las enfermedades:

- |   |   |   |   |
|---|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N SIDA                            | <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Medicamentos con cortisona              | <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Hemofilia                                   | <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Enfermedades respiratorias                      |
| <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Alergias o urticaria            | <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Diabetes                                | <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Hepatitis o ictericia                       | <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Fiebre reumatica                                |
| <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Alergias a metales              | <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Dificultad al tragar                    | <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Herpes                                      | <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Reumatismo                                      |
| <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Anemia                          | <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Farmacodendencia                        | <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Alta presion arterial                       | <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Anemia de celulas falciformes                   |
| <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Angina de pecho                 | <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Enfisema                                | <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N VIH positivo                                | <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Problemas de los senos parasenales              |
| <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Artritis                        | <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Epilepsis o convulsiones                | <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N reemplazo de un articulacion                | <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Ulceras estomacales                             |
| <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Valvula cardiaca artificial     | <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Sangrado excesivo                       | <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Enfermedades renales                        | <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Embolia   |
| <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Asma                            | <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Desmayos o convulsiones                 | <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Enfermedades hepaticas                      | <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Disfuncion de la articulacion temporomandibular |
| <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Enfermedades de la sangre       | <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Glaucoma                                | <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Trastornos mentales                         | <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Enfermedades de las tiroides                    |
| <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Transfusiones de la sange       | <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Fiebre del heno                         | <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Prolapso de la valvula mitral               | <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Amigdalitis                                     |
| <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Forma moretones con facilidad   | <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Lesiones en la cabeza                   | <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Trastornos nerviosos                        | <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Tuberculosis                                    |
| <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Quimioterapia                   | <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Problemas del corazon o ataque cardiaco | <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Dolor en las articulaciones de la mandibula | <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Tumores o masas                                 |
| <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Ulceras de la boca              | <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Insuficiencia cardiaca                  | <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Tratamiento psiquiatrico                    | <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Enfermedades venereas                           |
| <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Lesiones del corazon congenitas | <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Sopro Cardiaco                          | <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Tratamiento por radiacion                   |   |

10. Es portador de un marcapasos cardiaco o ha tenido cirugia del corazon? Si es asi, por favor explique: \_\_\_\_\_ Si No
11. Fuma, masca, o usa otro tipos de tabaco? Cigarillos Habanos Masca Rape Otro Si No  
 Si es asi Cuanto? \_\_\_\_\_
12. Consume bebidas alcoholicas? Si es asi Cuanto? \_\_\_\_\_ Si No
13. Alguna vez ha tomado el medicamento "Fen-Phen" o "Redux"? Si No
14. Esta usted embarazada? Si es asi Cuantos meses lleva? \_\_\_\_\_ N/D Si No
15. Tiene problemas relacionado con su menstruacion? N/D Si No
16. Toma pildoras contraceptivas? N/D Si No
17. Hay algo mas sobre su salud que no hayamos mencionado? Por favor explique: \_\_\_\_\_ Si No

**1 DECLARO QUE LA INFORMACION QUE PROPORCIONE ARRIBA ES CORRECTA Y COMPLETA.**

Fecha: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

**2 ACTUALIZACION – A partir de su ultima cita**

1. Ha visto a un medico? Si No
2. Ha cambiado a uno de sus medicamentos? Si No
3. Ha habido un cambio en cuanto a sus padecimientos? Si No Si No  
 o ha tenido cirugia?  
 Si es asi, por favor explique: \_\_\_\_\_  
 Fecha: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

**3 ACTUALIZACION – A partir de su ultima cita**

1. Ha visto a un medico? Si No
2. Ha cambiado a uno de sus medicamentos? Si No
3. Ha habido un cambio en cuanto a sus padecimientos? Si No Si No  
 o ha tenido cirugia?  
 Si es asi, por favor explique: \_\_\_\_\_  
 Fecha: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

Paciente es responsable de lacuenta: Yo entiendo que la responsabilidad de todos los servicios dentales hechos en esta oficina para mi y mis dependientes son de mi responsabilidad financiera. Yo autorizo que los beneficios del seguro sean pagados a esta oficina, el grupo dental. Solo en caso de que yo haga algun arreglo especial los pagos se haran en la fecha asignada. En el caso que el seguro no pague por algunos de los servicios, yo me hago responsable por el pago de estos servicios, ademas me hara responsable for gastos de cualquie accion legal.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
 Padre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_