



“Una Mejor Vida Empieza Con Una Hermosa Sonrisa”

Nombre del Paciente _____ Teléfono de Casa (____) ____ - ____ Celular (____) ____ - ____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado ____ Código Postal _____

Fecha De Nacimiento ____/____/____ Sexo Hombre Mujer Status Matrimonial: Casado Solo Numero Social ____ - ____ - ____

Empleador _____ Ocupación _____ Teléfono de la Oficina (____) ____ - ____

Información del Contacto de Emergencia

Nombre _____ Relación _____ Teléfono (____) ____ - ____

Referido por _____ Correo Electronico _____

Farmacia Preferida _____

¿Para las siguientes preguntas, círculo sí o no, lo que se aplica? sus respuestas son para nuestros registros sólo y serán consideradas confidenciales. Por favor tenga en cuenta que durante su inicial visita usted pedirá algunas preguntas acerca de sus respuestas a este cuestionario y pueden existir otras preguntas relativas a su salud.

1. ¿Está usted en buena salud? Sí No
2. ¿Ha habido algún cambio en su salud general durante el último año? Si No
Si es así, explique por favor?: _____
3. ¿Has tenido un examen físico en el último año? Sí No
Si es así, ¿Cuándo fue su último examen físico? _____
4. ¿Está ahora bajo el cuidado de un médico? Sí No
Si es así, ¿Cuál es la condición a tratar?: _____
5. El nombre y la dirección de medico(s) es _____
6. ¿Se despierta con dolores de cabeza?..... Si No
7. ¿Tiene un CPAP? (Presion positiva continua en la via aérea) Si No
8. ¿Le han diagnosticado/a apnea del sueño? Si No
9. ¿Has tenido alguna enfermedad grave, operación, o sido hospitalizado en los últimos 5 años? Sí No
Si es así, explique por favor: _____
10. ¿Está tomando cualquier tipo de medicamento, incluyendo medicamentos sin receta? Sí No
Si es así, ¿Qué medicamento(s) está tomando? _____
11. ¿Tiene o ha tenido usted alguna de las siguientes enfermedades o problemas? Sí No
 - a. Las válvulas del corazón dañadas o válvulas cardiacas artificiales, incluyendo soplo cardiaco o enfermedad cardíaca reumática.
 - b. Enfermedad cardiovascular (problemas cardiacos, infarto, angina, insuficiencia coronaria, oclusión coronaria, presión arterial alta y baja presión, arterioesclerosis, movimiento).
 1. ¿Tiene dolor de pecho al esfuerzo? Sí No
 2. ¿Tiene defectos cardiacos congénitos? Sí No
 3. ¿Tiene un marcapasos? Sí No
 - c. Problemas de Seno Sí No
 - d. Asma, Rinitis, o Bronquitis Sí No
 - e. Encantos de Desfallecimiento, Convulsiones, Epilepsia Sí No
 - f. Diabetes Sí No
 - g. Hepatitis, Ictericia o Enfermedad Hepática Sí No
 - h. Sida/Infección por el Sida Sí No
 - i. Problemas de la Tiroides Sí No
 - j. Artritis o articulaciones inflamadas dolorosas Sí No
 - k. Problemas de Riñón Sí No

- | | | |
|--|----|----|
| l. Tuberculosis | Sí | No |
| m. Ganglios inflamados en el cuello persistente | Sí | No |
| n. Problema psiquiátrico | Sí | No |
| o. Cáncer | Sí | No |
| Si es así, ¿Qué tipo de cáncer? _____ | | |
| 12. ¿Tiene usted cualquier trastorno sanguíneo como anemia? | Sí | No |
| 13. ¿Es usted alérgico o ha tenido usted una reacción a? | Sí | No |
| a. Anestésico Local | Sí | No |
| b. Penicilina o a otros antibióticos | Sí | No |
| c. Barbitúricos, sedantes o pastillas para dormir | Sí | No |
| d. Aspirina | Sí | No |
| e. Yodo | Sí | No |
| f. Codeína y otros narcóticos | Sí | No |
| g. Látex | Sí | No |
| h. Otro _____ | Sí | No |
| 14. ¿Ha tenido problemas graves asociados con cualquier tratamiento dental previo? | Sí | No |
| Si es así, explique por favor: _____ | | |
| 15. ¿Tiene usted alguna enfermedad, condición, o problema no mencionados que crees que deberíamos saber sobre? | Sí | No |
| Si es así, explique por favor: _____ | | |
| 16. ¿Actualmente utilizas algún tipo de tabaco de cualquier tipo? | Sí | No |
| Si es así, ¿Qué tipo? _____ | | |

Mujeres

- | | | |
|---|----|----|
| 17. ¿Estas embarazada? | Sí | No |
| 18. ¿Estas amamantando usted? | Sí | No |
| 19. ¿Está tomando píldoras anticonceptivas? | Sí | No |

Certifico que he leído y entendido lo anterior y que la información proporcionada en este formulario es correcta. Entiendo la importancia de una historia veraz de la salud y que mi dentista y su personal contará con esta información para el tratamiento de me. Reconozco que mis preguntas, si los hubiere, sobre investigaciones establecidas han sido contestadas a mi satisfacción. No tengo mi dentista o cualquier otro miembro de su personal, responsable de cualquier acción que tomen o no toman debido a errores o misiones que puedo haber hecho en la cumplimentación del presente formulario.

Firma del Paciente/Tutor Legal _____

Fecha _____