

HISTORIAL MEDICO

Fecha _____

Información Del Paciente:

Nombre Del Paciente: _____

Apellido _____ Nombre _____ Inicial _____

Dirección: _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código _____

Correo Electrónico: _____ No. Seguro Social: _____ - _____ - _____ Fecha de Nacimiento: _____ / _____ / _____ Edad: _____

Sexo: M F Teléfono de Casa: _____ Celular: _____ No. Alt: _____

Información del Padre/Guardián:

Relación al Paciente:

 Si Mismo

Nombre: _____

Apellido _____ Nombre _____ Inicial _____

No. Seguro Social: _____ - _____ - _____ No Seguro Dental: _____ No. Licencia: _____

Fecha De Nacimiento: _____ / _____ / _____ Teléfono de Seguro Dental: _____ Group No.: _____

Empleador: _____ Dirección: _____

Teléfono de Casa: _____ Celular: _____ Trabajo: _____

Nombre y teléfono de un pariente que no viva con usted: _____

Como Escucho De Nuestra Oficina? Por Favor Marque abajo:

- | | | | |
|------------------------------------------------|---------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Páginas Amarillas | <input type="checkbox"/> Amigo / Paciente | <input type="checkbox"/> Anuncio/Correo | <input type="checkbox"/> Internet |
| <input type="checkbox"/> Letrero | <input type="checkbox"/> THMP-Medicaid | <input type="checkbox"/> Feria de Salud | <input type="checkbox"/> Otro (Especifique) _____ |
| <input type="checkbox"/> Empleado de Nosotros: | <input type="checkbox"/> Seguro Dental/ Empleador | <input type="checkbox"/> Comercial de TV. Cual? _____ | |
| <input type="checkbox"/> Cartelera | | | |

Razón de su visita hoy: _____ Fecha de su última visita dental: _____

Ha tenido alguna vez una situación que no le gusto en una oficina dental que nos quiera decir? Si No

Si es así, favor de explicar: _____

¿Estás nervioso por cj tratamiento dental? Si No¿Le sangran las encías, están sensibles o irritadas? Si NoEstá satisfecho con la apariencia de sus dientes? Si No¿Son sus dientes sensibles? Si No¿Tiene dientes descolorados que le molestan? Si NoEn caso afirmativo, ¿a qué? Dulce Caliente Fría Presión¿Estás viendo a un médico? Si No El nombre y número de teléfono de su médico (s) _____

Si es así, ¿cuál es la enfermedad que padece? _____

¿Está tomando algún medicamento? Si No En caso afirmativo, indique: _____¿Ha tomado o estás tomando aspirina? Si No¿Si es mujer, usted esta o sospecha que está embarazada? Si No Months: _____¿Usted a tomado o está tomando actualmente Bisfosfonates orales? Actonel Boniva Fosamax Skelif Didrone Otro _____¿Ha tenido algún reemplazo de articulaciones? Si No Si es así, ¿cuándo? _____¿Hay algo más que debemos saber sobre su salud que no esté previsto en este formulario? Si No

En caso afirmativo, por favor explique: _____

Firma del Paciente / Padre / Tutor

Medical History Update: _____

Dr. _____ Date _____

Dr. _____ Date _____

Dr. _____ Date _____

Dr.

Date

Dr.

Date

Dr.

Date