

# HISTORIAL MEDICO

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

## Información del Paciente

Nombre del paciente: Apellido \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ Inicial \_\_\_\_\_ Sexo: M  F

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_

Si el paciente es menor de edad, use el nombre del padre o guardian \_\_\_\_\_

## Información de la persona responsable

Apellido \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ Inicial \_\_\_\_\_ Estado civil \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Zona Postal \_\_\_\_\_

Número de licencia de conducir \_\_\_\_\_ Teléfono (casa) \_\_\_\_\_ (trabajo) \_\_\_\_\_

Número de seguro social \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Relación al paciente \_\_\_\_\_

Empleador \_\_\_\_\_ Ocupación \_\_\_\_\_ Número de años empleado \_\_\_\_\_

Nombre/dirección/teléfono del pariente más cercano que no viva con Ud. \_\_\_\_\_

## Cómo escuchó acerca de nosotros? Favor de marcar una opción:

Páginas Amarillas  Amigo / Pariente  Estación de radio-¿Cuál? \_\_\_\_\_  Letrero

Anuncio de cartelera  Empleador  Periódico-¿Cuál? \_\_\_\_\_  Cupón por correo

Comercial de televisión-¿Cuál estación? \_\_\_\_\_  Feria de Salud / Examinación  Otros \_\_\_\_\_

Razón por la cual nos visita hoy \_\_\_\_\_

Fecha de la última visita dental \_\_\_\_\_ Razón \_\_\_\_\_

¿Ha tenido alguna vez una experiencia en alguna oficina de dentistas que nos quiera relatar? SI  NO

Si, la respuesta es sí, por favor explíquenos \_\_\_\_\_

¿Está Ud. Aprensivo al tratamiento dental? SI  NO  ¿Están sus dientes sensibles al calor, frío, dulces, presión? SI  NO

¿Le sangran la encías o las siente irritadas o sensibles? SI  NO  ¿Tiene dientes descoloridos que le molestan? SI  NO

¿Está inconforme con la apariencia de sus dientes? SI  NO  ¿Le está tratando un médico en este momento? SI  NO

Si es así, ¿para que condición médica? \_\_\_\_\_

El nombre y dirección de su médico(s) es \_\_\_\_\_

¿Qué medicinas está tomando en este momento? \_\_\_\_\_

Si es mujer, ¿está embarazada? SI  NO  ¿Por cuanto tiempo? \_\_\_\_\_

## Marque cualquier condición que haya tenido o tenga en este momento:

Enfermedad del corazón  Alta presión sanguínea  Enfermedad de la sangre  Fiebre reumática

Sonidos irregulares del corazón  Enfermedad venérea  Marcador de latidos del corazón  Diabetes

Fiebre escarlata  Anemia  Problema de los riñones  Epilepsia

Ulceras  Enficema  Tuberculosis  Asma

Alergias  Nerviosismo  Enfermedad de la tiroide  Cáncer, Leusemia

Artritis  Reumatismo  Medicina con cortizona  Glaucoma

Dolor en las quijadas  SIDA  Epatitis  Emofilia

Se le marca la piel fácilmente  Enfermedad de las células rojas en la sangre

## Marque cualquiera de las siguientes medicinas a las que Ud. es alérgico:

Aspirinas  Droga de sulfa  Codeína u otros narcóticos  Tranquilizantes, barbitúricos o pastillas para dormir

Yodo  Anestecia local  Penicilina u otros antibióticos  Otros \_\_\_\_\_

A mi mejor conocimiento, todas las anteriores respuestas son ciertas y correctas. Si en algún momento yo tengo algún cambio en mi salud o algún cambio en las medicinas que yo tomo, yo le informare a mi dentista en la próxima cita.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente / Padre / Guardian

## MEDICAL HISTORY UPDATED:

DR.

DATE

DR.

DATE

DR.

DATE