

INFORMACION DEL PACIENTE

Fecha De Hoy: ___/___/___

Nombre de Paciente: _____ Nombre Preferido: _____

Hombre Mujer Casado Soltero Otro Numero Social: _____

Teléfono (Casa): _____ Teléfono (Trabajo): _____ Ext: _____

Celular _____ Fecha de nacimiento _____ Correo Electrónico _____

Método de contacto Casa Trabajo Celular Correo Electrónico Texto

Método de confirmación preferido: Casa Trabajo Celular Correo Electrónico Texto

Método preferido para programar citas: Casa Trabajo Celular Correo Electrónico Texto

Dirección de casa: _____
Calle Ciudad/Estado Codigo postal

Dirección de casa: _____
Calle Ciudad/Estado Codigo postal

Nombre de Empleador: _____ Posición: _____

Seguro Dental

Información de seguro primario

Nombre: _____ Relación al primario: Yo Esposo Hijo

Social: _____ Fecha de nacimiento ___/___/___

Empleador: _____ Nombre de Seguro: _____

Dirección: _____ Miembro ID: _____

Ciudad, Estado, Postal: _____ Número de Grupo: _____

Por favor escriba los demás miembros de su familia inmediata que son pacientes en nuestra oficina

Podemos agradecer a alguien por recomendar te?	O nos encontró por su cuenta?
Familia _____	___ Website
Companero _____	___ Social Media
Amigo _____	___ Lumineer
Doctor _____	___ Campania de seguro
	___ Entrando a la oficina
	___ Postal
	___ Otro

Cuál es la razón de su visita de hoy? _____

Fecha de la última visita al dentista: _____

Prefiere óxido nitroso (gas hilarante) durante el procedimiento dental Si No

Está interesado en blanquear los dientes Si No

Está interesado en odontología de la sedación Si No

Por qué dejó a su dentista anterior? _____

Si pudieras cambiar tu sonrisa, ¿qué harías? _____

Prefiere ver a un médico particular, en nuestra práctica? _____

MUJERES SOLAMENTE: EMBARAZADA TRATANDO DE QUEDARSE EMBARAZADA LACTANCIA

ANTICONCEPTIVOS REEMPLAZO HORMONAL

CUESTIONARIO DE SALUD

Por favor conteste las siguientes preguntas lo mejor de su capacidad, dando cuenta de que las respuestas verdaderas y exactas son importantes para la entrega de la calidad de la atención. Toda la información que usted proporcione será confidencial.

POR FAVOR RESPONDER CON UN CÍRCULO SÍ (S) O NO (N) PARA CADA PREGUNTA INDIVIDUAL

- | | |
|------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|
| 1. Estas bien de salud? S N | 5. Ha tenido graves enfermedades, operaciones o hospitalizaciones? S N |
| 2. Algún cambio en tu salud en el último año..... S N | Cuales? Y dar fechas aproximadas: _____ |
| 3. Fecha de la última chequeo médico _____ | 6. Estas tomando algunas medicaciones? S N |
| 4. Está usted estas bajo el cuidado de un médico?..... S N | Cuales? _____ |
| Para qué? _____ | 7. Has tenido sedación intravenosa o anestesia general? S N |
| Nombre de Dr.: _____ | Hubo efectos adversos?..... S N |
| Número de teléfono: _____ | 8. Usted generalmente toleran bien el tratamiento dental? S N |

TIENE O A TENIDO ALGUNA DE LAS SIGUIENTES CONDICIONES MEDICA:

- | | | |
|-----------------------------------|---------------------------------|-------------------------------|
| • AIDS/HIV Positivo S N | • Sangra miento excesivo S N | • Enfermedad de pulmón S N |
| • Alzheimer's Disease S N | • Sed excesivo S N | • Mitral Valva Prolapsos S N |
| • Anafilaxia S N | • Desmayos / Mareos S N | • Osteoporosis S N |
| • Anemia S N | • Tos frecuente S N | • Dolor Mandibular S N |
| • Angina S N | • Diarrea frecuente S N | • Enfermedad paratiroides S N |
| • Artritis S N | • Dolor de cabeza frecuente S N | • Atención Psiquiátrica S N |
| • Válvula Cardíaca Artificial S N | • Herpes genital S N | • Tratamiento radiación S N |
| • Conjunto Artificial S N | • Glaucoma S N | • Diálisis Renal S N |
| • Asma S N | • Fiebre de heno S N | • Fiebre reumática S N |
| • Enfermedad de sangre S N | • Soplo del corazón S N | • Culebrilla S N |
| • Transfusión de sangre S N | • Enfermedad de Corazón S N | • Células falciformes S N |
| • Problemas respirando S N | • Hemofilia S N | • Problemas de sino S N |
| • Morados con facilidad S N | • Hepatitis A S N | • Espina Bífida S N |
| • Cáncer S N | • Hepatitis B or C S N | • Enfermedad estomago S N |
| • Quimioterapia S N | • Herpes S N | • Derrame cerebral S N |
| • Dolor de pecho S N | • Presión Alta S N | • Extremidades Hinchados S N |
| • Llagas o Ampollas S N | • Colesterol alto S N | • Enfermedad de tiroides S N |
| • Cardíaca congestiva S N | • Urticaria o erupción S N | • Tonsilitis S N |
| • Convulsiones S N | • Hipoglucemia S N | • Tuberculosis S N |
| • Medicina Cortisona S N | • Palpitación irregular S N | • Tumores o Crecimiento S N |
| • Diabetes S N | • Problema de riñón S N | • Ulcera S N |
| • Adicción a las drogas S N | • Leucemia S N | • Ictericia Amarillo S N |
| • Enfisema S N | • Enfermedad de hígado S N | |
| • Epilepsia o convulsiones S N | • Presión Baja S N | |

ES, USTED ALERGICO A O TENIDO UNA REACCION MALO:

- | | |
|-------------------------------------------------------------|--------------------------------|
| • Los anestésicos locales (drogas novocaína similares)? S N | • Usted fuma? S N |
| • Penicilina, Amoxicilina, Cefalosporinas? S N | • Cuánto? _____ |
| • Otros antibióticos? S N | • Usted usa alcohol? S N |
| • Barbitúricos, sedativos? S N | Cuánto? _____ |
| • Aspirina, ibuprofeno, o otra medicinas para dolor? S N | • Do you use spit tobacco? S N |
| • Látex? S N | • Metal? S N |
| • Otras alergias o reacciones? S N | • Sulfamidas S N |
| Por favor Liste: _____ | • Acrílico? S N |

Tiene alguna otra condición médica no mencionados que usted considera que el médico debe conocer?

Listado de medicamentos: _____

Entiendo la importancia de la historia clínica veraz y darse cuenta de que la información incompleta puede tener un efecto adverso en mi tratamiento, a lo mejor de mi conocimiento; la información anterior es completa y exacta.

Fecha ____/____/____

Signatura del responsable _____