

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? Familia _____ Companero _____ Amigo _____ Doctor _____	O nos encontró por su cuenta? ___ Website ___ Social Media ___ Lumineer ___ 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

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

TIENE O A TENIDO ALGUNA DE LAS SIGUIENTES CONDICIONES MEDICA:

- | | | |
|--|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • AIDS/HIV Positivo S N • Alzheimer's Disease S N • Anafilaxia S N • Anemia S N • Angina S N • Artritis S N • Válvula Cardíaca Artificial S N • Conjunto Artificial S N • Asma S N • Enfermedad de sangre S N • Transfusión de sangre S N • Problemas respirando S N • Morados con facilidad S N • Cáncer S N • Quimioterapia S N • Dolor de pecho S N • Llagas o Ampollas S N • Cardíaca congestiva S N • Convulsiones S N • Medicina Cortisona S N • Diabetes S N • Adicción a las drogas S N • Enfisema S N • Epilepsia o convulsiones S N | <ul style="list-style-type: none"> • Sangra miento excesivo S N • Sed excesivo S N • Desmayos / Mareos S N • Tos frecuente S N • Diarrea frecuente S N • Dolor de cabeza frecuente S N • Herpes genital S N • Glaucoma S N • Fiebre de heno S N • Soplo del corazón S N • Enfermedad de Corazón S N • Hemofilia S N • Hepatitis A S N • Hepatitis B or C S N • Herpes S N • Presión Alta S N • Colesterol alto S N • Urticaria o erupción S N • Hipoglucemia S N • Palpitación irregular S N • Problema de riñón S N • Leucemia S N • Enfermedad de hígado S N • Presión Baja S N | <ul style="list-style-type: none"> • Enfermedad de pulmón S N • Mitral Valva Prolapsos S N • Osteoporosis S N • Dolor Mandibular S N • Enfermedad paratiroides S N • Atención Psiquiátrica S N • Tratamiento radiación S N • Diálisis Renal S N • Fiebre reumática S N • Culebrilla S N • Células falciformes S N • Problemas de seno S N • Espina Bífida S N • Enfermedad estomago S N • Derrame cerebral S N • Extremidades Hinchados S N • Enfermedad de tiroides S N • Tonsilitis S N • Tuberculosis S N • Tumores o Crecimiento S N • Ulcera S N • Ictericia Amarillo S N |
|--|---|--|

ES, USTED ALERGICO A O TENIDO UNA REACCION MALO:

- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Los anestésicos locales (drogas novocaína similares)? S N • Penicilina, Amoxicilina, Cefalosporinas? S N • Otros antibióticos? S N • Barbitúricos, sedativos? S N • Aspirina, ibuprofeno, o otra medicinas para dolor? S N • Látex? S N • Otras alergias o reacciones? S N <p>Por favor Liste: _____</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Usted fuma? S N • Cuánto? _____ • Usted usa alcohol? S N • Cuánto? _____ • Do you use spit tobacco? S N • Metal? S N • Sulfamidas S N • 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 _____