

**NOS COMPLACE DARLE LA BIENVENIDA A NUESTRA OFICINA, POR FAVOR  
TOMESE UNOS MINUTOS PARA LLENAR ESTA FORMA.**

### *Información del Paciente*

Fecha \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Teléfono( ) \_\_\_\_\_  
Primer nombre Apellido

Sexo M\_\_F\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

# de S.Social \_\_\_\_\_ # de Lic. de Manejar \_\_\_\_\_

Nino/a\_\_ Soltero/a\_\_ Casado/a\_\_ Viudo/a\_\_ Separado/a\_\_ Divorciado/a\_\_

Direccion \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Codigo \_\_\_\_\_

Donde trabaja? \_\_\_\_\_ Ocupacion \_\_\_\_\_

Ha venido aqui alguien de su familia? \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ Parentezco \_\_\_\_\_

Si es estudiante, Nombre de la Escuela \_\_\_\_\_

Direccion \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Codigo \_\_\_\_\_

Nombre de la Seguranza \_\_\_\_\_ # de Teléfono \_\_\_\_\_

A quien le agradecemos la referencia? \_\_\_\_\_

En caso de emergencia, a quien le podemos llamar? \_\_\_\_\_

# de Telefono( ) \_\_\_\_\_ Parentezco \_\_\_\_\_

### *Si el paciente es un niño/a llene lo siguiente*

Persona responsable \_\_\_\_\_ Parentesco al Paciente \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ # de S.Social \_\_\_\_\_

# de Licencia de Manejar \_\_\_\_\_ # de Teléfono( ) \_\_\_\_\_

Direccion \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Codigo \_\_\_\_\_

Sexo M\_\_F\_\_ Soltero/a\_\_ Casado/a\_\_ Viudo/a\_\_ Separado/a\_\_ Divorciado/a\_\_

Donde trabaja? \_\_\_\_\_ Ocupacion \_\_\_\_\_

LA SIGUIENTE PAGINA POR FAVOR

## HISTORIA DENTAL

Razón por la que vino hoy \_\_\_\_\_

Fecha de su ultima visita al dentista \_\_\_\_\_ Nombre de el Dentista \_\_\_\_\_

Marque si ha tenido algún problema de los siguientes:

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Mal aliento                       | <input type="checkbox"/> Rechina los dientes | <input type="checkbox"/> Sensible a lo caliente           |
| <input type="checkbox"/> Sangrado de encía                 | <input type="checkbox"/> Dientes flojos      | <input type="checkbox"/> Sensible a lo dulce              |
| <input type="checkbox"/> Ruido en la quijada               | <input type="checkbox"/> Rellenos quebrados  | <input type="checkbox"/> Sensible cuando muerde           |
| <input type="checkbox"/> Se junta comida entre los dientes | <input type="checkbox"/> Sensible a lo frio  | <input type="checkbox"/> Bultos o llagas cerca de su boca |

Cada cuando usa el hilo dental? \_\_\_\_\_ Cada cuando se cepilla? \_\_\_\_\_

## HISTORIA MEDICA

Nombre de su doctor \_\_\_\_\_ Fecha de su ultima visita \_\_\_\_\_

Ha tenido alguna operacion o enfermedad grave? \_\_\_\_\_ Explique \_\_\_\_\_

Ha tenido transfusion de sangre?  Si  No Que fecha? \_\_\_\_\_

**Anote cualquier medicamento que este tomando** \_\_\_\_\_

**Es alergico a algun medicamento?** \_\_\_\_\_

Ha tomado alguna vez Phen-Fen o Redux? \_\_\_\_\_

(Mujeres) Embaraza?  Si  No Amamantando?  Si  No Toma pastillas anticonceptivas?  Si  No

Marque si tiene o ha tenido algo de lo siguiente: \_\_\_\_\_

- |  |   |  |  |
|--|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Anemia                            | <input type="checkbox"/> Tratamiento de cortisone | <input type="checkbox"/> Hepatitis               | <input type="checkbox"/> Falta de aliento        |
| <input type="checkbox"/> Artritis, Reumas                  | <input type="checkbox"/> Tos persistente          | <input type="checkbox"/> Alta Presion            | <input type="checkbox"/> Salpullido en la piel   |
| <input type="checkbox"/> Valvulas artificiales del Corazon | <input type="checkbox"/> Diabetis                 | <input type="checkbox"/> Sida o HIV              | <input type="checkbox"/> Embolia                 |
| <input type="checkbox"/> Coyonturas artificiales           | <input type="checkbox"/> Epilepsia                | <input type="checkbox"/> Dolor de quijada        | <input type="checkbox"/> Pies/tobillos hinchados |
| <input type="checkbox"/> Asma                              | <input type="checkbox"/> Desmayos                 | <input type="checkbox"/> Enfermedad de Hgado     | <input type="checkbox"/> Problema de tiroides    |
| <input type="checkbox"/> Problemas de espalda              | <input type="checkbox"/> Glaucoma                 | <input type="checkbox"/> Enfermedad de Rinon     | <input type="checkbox"/> Habito al Tabaco        |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad de la sangre           | <input type="checkbox"/> Dolor de cabeza          | <input type="checkbox"/> Marcapasos              | <input type="checkbox"/> Anginas                 |
| <input type="checkbox"/> Cancer                            | <input type="checkbox"/> Murmullo al Corazon      | <input type="checkbox"/> Tratamiento de radicion | <input type="checkbox"/> Tuberculosis            |
| <input type="checkbox"/> Quimoterapia                      | <input type="checkbox"/> Problemas del corzaon    | <input type="checkbox"/> Enfermedad respiratoria | <input type="checkbox"/> Ulceras                 |
| <input type="checkbox"/> Problemas respiratorios           | <input type="checkbox"/> Hemophilia               | <input type="checkbox"/> Fiebre reumatica        | <input type="checkbox"/> Enfermedad venerea      |

ENTIENDO Y ESTOY DE ACUERDO QUE SOY RESPONSIBLE DE PAGAR ODOS LOS SERVICIOS PRESTADOS A FAVOR DE MI O MIS DEPENDIENTES.

Firme \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_