



Referred By: _____

Identificación del Paciente:

Apellido _____ 1er Nombre _____ 2ndo _____ Sexo: M F
 Dirección: _____ Fecha de Nac.: ____/____/____
 Tel /casa (____) _____ Peso _____ Mes Día Año
 # de celular: (____) _____ Correo electronico: _____ @ _____
 Raza: Hispano o Latino No-Hispano o Latino Indio Americano o Nativo de Alaska Asiatica Negra o Afroamericana Blanca
 Nativo de Hawai u Otra de Isla del Pacifico

Contactar en caso de emergencia a: _____ Phone: (____) _____

¿Cual es la razón de su cita dental hoy? _____

¿Cómo se siente sobre su sonrisa? _____

¿Tiene alguna de las siguientes enfermedades o problemas?

Tuberculosis Activo tos que produzca sangre al toser persistentemente por 3 semanas ha estado expuesto a alguien con Tuberculosis

****** Si su respuesta es si a alguna de estas 4 opciones, por favor pare y regrese esta forma a la recepcionista, ******

Información Médica: ¿Tiene un medico particular/medico de cabecera ? Sí No

Nombre de su medico particular: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Codigo Postal _____

Fecha de la última cita médica _____ Si No

	Si	No
Ha Tenido Una seria enfermedad, operación o ha estado hospitalizado en los ultimos 5 años?		
Si su Respuesta es si, cual?		
¿Está tomando o ha tomado recientemente cualquier prescripción o medicamentos de venta libre/sin receta?		
En caso afirmativo, enumerar, incluyendo todas las vitaminas, preparaciones naturales o herbales y / o suplementos dietéticos:		
¿Utiliza sustancias controladas (drogas)?		
Cómo se utiliza el tabaco (humo, tabaco y / o masticar)?		
En caso afirmativo, ¿cuánto por día? _____		
Si es así, ¿está usted interesado en parar de hacerlo? <input type="checkbox"/> Mucho <input type="checkbox"/> Algo <input type="checkbox"/> No hay interés		
¿Usted Toma bebidas alcohólicas?		
En caso afirmativo, ¿cuánto se bebe normalmente en una semana? _____		

	Si	No
Información dental:		
¿Sus encías sangran al cepillarse o usar el hilo dental?		
Son sus dientes sensibles al frío, caliente, dulce o presión?		
Está seca la boca?		
¿Ha tenido algún tratamiento periodontal (de las encías)?		
¿Alguna vez ha tenido tratamiento de ortodoncia (brackets)?		
¿Tiene llagas o úlceras en la boca?		
¿Participa en actividades donde este activo?		
¿Usa dentadura postiza o parciales?		
¿Está actualmente experimentando dolor o molestias dentales?		
¿Ha tenido problemas asociados con el tratamiento dental anterior?		
¿Hace un clic, estallido/sonidos o tiene dolor en la mandíbula?		
¿Hace rechinar los dientes?		
¿Tiene dolor de oído o cuello?		

¿Tiene o ha tenido alguna de las siguientes? (Por favor marque) Si no está seguro de cómo responder a cualquiera de las siguientes preguntas, por favor pregunte al personal dental por ayuda!

	Sí	No		Sí	No
Sangrado anormal			hemofilia		
VIH o SIDA o usted cree que ha estado expuesto?			Hepatitis, ictericia, enfermedad del hígado		
Anemia			Presión arterial alta		
Angina			Problemas de los riñones *		
Arteriosclerosis			presión baja sanguínea		
Artritis			Trastornos de Salud Mental, Especificar		
artificial (prótesis) de la válvula cardíaca *			Prolapsode la válvula mitral *		
Asma			Trastornos neurológicos, Si es así, especifique _____		
Enfermedad autoinmune			Osteoporosis		
Transfusión de Sangre Si es asi ¿qué fecha? _____			Otros defectos congénitos del corazón *		
Bronquitis			Marcapasos		
Cáncer de/ quimioterapia / radioterapia			Previa endocarditis infecciosa *		
Enfermedad cardiovascular			Ffiebre reumática		
Enfermedad cardíaca congénita *			Enfermedad cardiacareumática *		
Insuficiencia cardíaca congestiva			Aalergias estacionales		
Dañados Válvula * corazón			Fuertes dolores de cabeza / migrañas		
Diabetes tipo I Tipoll (círculo)			Pérdida de peso severa o rápida		
Trastorno de la alimentación			Enfermedad de transmisión sexual		
Enfisema			Sinusitis		
Epilepsia			Trastornos del sueño		
Desmayos o convulsiones			Derrame cerebral		
GI reflujo / ardor de estómago persistente			Lupus eritematoso sistémico		
Enfermedades Gastrointestinales			Problemas de tiroides --- alta o baja (circular)		
Glaucoma			Tuberculosis		
Ataque al corazón			Úlceras		
Alergias:			SÓLO PARA MUJERES:		
Anestecia/ anestésicos locales			¿Está embarazada?		
Aspirinas			Si es así, Número de semanas _____		
Penicilina u otros antibióticos			¿Está tomando anticonceptivos?		
Barbitúricos, sedantes o pastillas para dormir			¿Está tomando reemplazo hormonal?		
Medicia de sulfa			¿Está amamantando / da pecho?		
La codeína u otros narcóticos			Reemplazo de articulaciones:		
Metales			¿Ha tenido un replazo de la articulación ortopédica total ? (cadera, rodilla, codo y los dedos)		
Látex (goma)					
Yodo			Fecha: _____		
Otro			si es asi, ¿ha tenido alguna complicación?		
Si es otro, explicar _____			_____		
¿Tiene alguna enfermedad, condición o problema no mencionado anteriormente que considera que debemos saber?			Si es asi, explique:		

* *Dental Assistants-a "Yes" response in any one of these items may indicate that pre-med may be necessary – the dentist should be consulted immediately to reduce patient wait time.

IMPORTANTE: Ambos Doctor y paciente se les motiva a discutir cualquier o todo problema de salud del paciente que sea relevante con prioridad antes de tratamientos. Yo certifico que he leído y es de mi entendimiento, que todas las respuestas en la parte posterior son verdaderas a lo mejor de mi conocimiento. Firmare en la parte de abajo en mi favor o del nombre de un menor bajo mi tutela.

Firma del Paciente o Tutor de l paciente si es menor de edad/ Signature (Patient or guardian if patient is a minor)

Fecha/ Date

Signature of Dentist

Date

Notes (for dental staff use only): _____
