



Health History Form

Como lo requiere la ley, nuestra oficina se adhiere a las políticas y procedimientos escritos para proteger la privacidad de la información sobre usted que creamos, recibimos o mantenemos. Sus respuestas son solo para nuestros registros y se mantendrán confidenciales de acuerdo con las leyes aplicables. Tenga en cuenta que se le harán algunas preguntas sobre sus respuestas a este cuestionario y puede haber preguntas adicionales sobre su salud. Esta información es vital para permitirnos brindarle la atención adecuada.

	Fecha de
Apellido: _____ Nombre: _____	Nacimiento: _____ Sex: M F
Dirección: _____ Ciudad: _____	Estado: _____ Código: _____
Cell: _____ Teléfono casa: _____	Social Security #: _____
Contacto de emergencia: _____ Teléfono: _____	
Como le gustaría ser contactado? <input type="checkbox"/> email <input type="checkbox"/> cell phone (text) <input type="checkbox"/> Casa Telefono Empleador _____	
Ocupación _____	Nombre del conyuge _____ <input type="checkbox"/> Unmarried
Correo electrónico: _____ ¿A quién podemos agradecer por remitirlo a nuestra oficina? _____	
INFORMACIÓN DE FACTURACIÓN Y SEGURO: <input type="checkbox"/> No cubierto por seguro dental	
Seguro dental Co. _____	Group#: _____ Covered by spouse's or parent's insurance? <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no dental
Compañía de seguros del cónyuge/padre _____	Empleador del cónyuge/padre _____
Numero de grupo: _____	Cumpleaños del cónyuge / padre _____ Social Security#: _____

Historia Dental

¿Fecha de su última visita al dentista? _____ Fecha de las últimas radiografías dentales: _____

¿Razón de la visita de hoy? _____

¿Tiene alguna molestia dental actualmente? _____

¿Ha tenido algún problema asociado con un tratamiento dental anterior? _____

Marque cualquiera que corresponda:

- ¿Tiene la boca seca?
- ¿Historia de los implantes dentales?
- ¿Historia de la extracción de muelas del juicio?
- ¿Historia del tratamiento de endodoncia?
- ¿Ha recibido algún tratamiento periodontal (de las encías)?
- ¿Tiene algún clic, chasquido o malestar en la mandíbula?
- ¿Rechinas los dientes?
- ¿Le sangran las encías cuando se cepilla los dientes o usa hilo dental?
- ¿Usa dentadura postiza o dentadura postiza parcial?
- ¿Historia del blanqueamiento dental?
- ¿Sus dientes son sensibles al frío, al calor, a los dulces o a la presión?

¿Estás interesado en mejorar tu sonrisa? S / N

¿Estás interesado en blanquear tus dientes? S / N

¿Estás interesado en enderezar tus dientes? S / N

¿Está interesado en reemplazar los dientes faltantes? S / N

Alergias. ¿Es alérgico o ha tenido una reacción a: A todas las respuestas afirmativas, especifique el tipo de reacción?

Sí / No

¿Anestésicos locales? _____ ¿Aspirina? _____

¿Penicilina u otros antibióticos? _____ ¿Barbitúricos,
sedantes o somníferos? _____ ¿Drogas sulfa? _____

¿Codeína u otros narcóticos? _____ Goma de látex): _____

¿Tiene o ha tenido alguno de los siguientes? (Marque cualquiera que corresponda)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Cáncer o tumor | <input type="checkbox"/> Enfermedad del corazón o angina |
| <input type="checkbox"/> Soplo cardíaco, prolapso de la válvula mitral, defecto cardíaco | <input type="checkbox"/> Condición neurológica |
| <input type="checkbox"/> Fiebre reumática o cardiopatía reumática. | <input type="checkbox"/> Artritis |
| <input type="checkbox"/> Articulación o válvula artificial | <input type="checkbox"/> Presión arterial alta o baja |
| <input type="checkbox"/> Marcapasos | <input type="checkbox"/> Tuberculosis u otros problemas pulmonares |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Migrañas o dolores de cabeza frecuentes |
| <input type="checkbox"/> Accidente cerebrovascular médico | <input type="checkbox"/> Asma |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis u otra enfermedad del hígado | <input type="checkbox"/> Alcoholismo |
| <input type="checkbox"/> Fiebre del heno o problemas de los senos nasales | <input type="checkbox"/> SIDA o VIH positivo |
| <input type="checkbox"/> Tratamiento de radiación | <input type="checkbox"/> Alergias o urticaria |
| <input type="checkbox"/> Epilepsia, convulsiones o desmayos | <input type="checkbox"/> Condición emocional |
| <input type="checkbox"/> Herpes o herpes labial | <input type="checkbox"/> nefropatía |
| <input type="checkbox"/> Anemia o trastornos sanguíneos | |
| <input type="checkbox"/> Transfusión de sangre | |
| <input type="checkbox"/> Sangrado anormal después de extracciones, cirugía o trauma. | |

¿Está tomando alguno de los siguientes?

- Aspirina Anticoagulantes (diluyentes de la sangre) Antibióticos o sulfonamidas
 Medicamentos para la presión arterial alta Antidepresivos o tranquilizantes
 Insulina, Orinasa u otro medicamento para la diabetes Nitroglicerina Cortisona u otros esteroides
 Medicamentos para la osteoporosis (densidad ósea) (bisfosfonatos)
Otros medicamentos que toma: _____

Nombre de su médico de cabecera : _____ ¿Tiene
alguna enfermedad, afección o problema no mencionado
anteriormente? _____

Mujeres: Puede estar embarazada. Fecha prevista de parto: _____ Tomando hormonas /
anticonceptivos.

Certifico que he leído y comprendido lo anterior y que la información proporcionada en este formulario es correcta. Entiendo la importancia de un historial médico veraz y que mi dentista y su personal dependerán de esta información para tratarme.

Reconozco que mis preguntas, si las hay, acerca de las consultas establecidas anteriormente, han sido respondidas satisfactoriamente. No responsabilizaré a mi dentista, ni a ningún otro miembro de su personal, por ninguna acción que tomen o no tomen debido a errores u omisiones que yo haya cometido al completar este formulario.

Firma del paciente / tutor legal: _____ Date: _____