

Nombre _____ Teléfono _____

Dirección _____

Fecha de Nacimiento ____/____/____ No. De Seguro Social ____-____-____

Historial de Salud

1. Marque cualquiera de las siguientes que usted tenga o haya tenido en el pasado:

Presión sanguínea: Alta o Baja	Enfermedad del Corazón	Problemas con la válvula del corazón
Fiebre reumática	Asma/COPD/Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	Derrame Cerebral
Hepatitis	Tuberculosis	Ataques epilépticos
Enfermedad de inmunodeficiencia	Problemas estomacales (Ulceras, acidez, agruras, etc.)	Reemplazo de articulaciones
Problemas de la tiroides	Enfermedad de los Riñones	Problemas de la espalda
Alergias estacionales	Pancreatitis	Sinusitis
Diabetes	Problemas de sangrado	Cáncer/Radiación
Marcapaso	Dolores de cabeza	Hemofilia
Otro: _____		

2. ¿Alguna vez ha tenido una reacción alérgica a?: (marque) **Medicinas** **Comidas** **Látex**

Explique: _____

3. Favor listar todas las medicinas (con o sin receta) que está tomando ahora:

4. Favor listar todas las medicinas que está tomando ahora o ha tomado en el pasado para osteoporosis (ej. Boniva, Actonel, Fosamax) _____

5. ¿Alguna vez ha tenido una enfermedad seria, operación, o ha sido hospitalizado? Favor explicar:

6. **Solo para mujeres:** a. ¿Está embarazada o cree que está embarazada? **Si** **No**
b. ¿Está tomando pastillas anticonceptivas?: **Sí** **No**

7. Liste su doctor de cabecera/ proveedor de salud y el número de contacto:

Doctor/ Médico: _____ Teléfono: _____

Historia Social

8. ¿Usa tabaco? **Sí** **No**

Si usa: ¿De qué clase usa y que cantidad?: _____

¿Desde hace cuánto que usa?: _____

9. ¿Usa o uso en el pasado sustancias controladas (drogas) recreacionales? **Sí** **No**

10. ¿Le están dando tratamiento en una clínica para el dolor o tuvo tratamiento en el pasado? **Sí** **No**

Historia Dental

11. ¿Cuál es la razón para su visita hoy?

<i>Examen</i>	<i>Dolor/Inflamación</i>	<i>Diente Roto/ Amalgama rota</i>	<i>Limpieza</i>	<i>Tratamiento</i>
---------------	--------------------------	---------------------------------------	-----------------	--------------------

12. ¿Desde hace cuánto tiempo has sido esto un problema o preocupación? _____

13. ¿Cuándo fue su última visita a un dentista? _____

Razón de esa visita: _____

14. ¿Alguna vez le han enseñado como cepillarse y/o usar la seda dental? **Sí** **No**

15. ¿Cuántos bocadillos come al día (Dulces, soda/gaseosa, etc...)?

Ninguno	1 – 2 Al día	3 – 4 Al día	5 – 6 Al día	Más de 7 al día
---------	--------------	--------------	--------------	-----------------

La información anterior es completa y verdadera, hasta donde yo sé, y es para ser usada únicamente para tratamiento, cobranzas y el procesamiento de beneficios de seguro dental a los cuales tengo derecho. El/La dentista y su personal no son responsables por ningún error u omisión que yo haya hecho al llenar esta forma.

Firma del paciente/Guardián legal _____ Fecha _____

Dentist/Hygienist Signature _____ Date _____

For Office Use Only:

Guardianship verification received: Date _____ Employee Initials _____