



FORMULARIO HISTORIAL DE SALUD DE PACIENTE

NOS GUSTARIA DARLE LA BIENVENIDA A NUESTRA OFICINA! NUESTRO OBJETIVO ES HACER CADA VISITA AGRADABLE Y EDUCACIONAL. NOS ESFORZAMOS EN ENSEÑAR UN BUEN CUIDADO ORAL QUE LE PERMITA TENER UNA HERMOSA SONRISA QUE DURE POR TODA LA VIDA.

A QUIEN LE PODEMOS AGRADECER POR REFERIRTE A NUESTRA OFICINA?

INFORMACION DEL PACIENTE

PRIMER NOMBRE DEL PACIENTE:	APELLIDO DEL PACIENTE:	PREFIERE SER LLAMADO/A:
FECHA DE NACIMIENTO:	SEXO: M F	ESCUELA/EMPLEADOR:
GRADO ESCOLAR:		
OTROS FAMILIARES EN TRATAMIENTO CON NOSOTROS:		
NUMERO DE CELULAR / COMPANIA:	TELEFONO EN CASA:	CORREO ELECTRONICO:
DOMICILIO:	CIUDAD:	ESTADO:
CODIGO POSTAL:		

INFORMACION DE LA PERSONA RESPONSABLE *Para pacientes menores de 18, esta forma debe ser completada y firmada por la persona legalmente responsable.

Cheque aqui si el paciente es la persona responsable – porfavor de poner los nombres de todas las personas que pueden tener acceso a la informacion del paciente.

PRIMER NOMBRE:	APELLIDO:	RELACION AL PACIENTE:
FECHA DE NACIMIENTO:	SEXO: M F	CORREO ELECTRONICO:
NUMERO DE CELULAR / COMPANIA:	TELEFONO EN CASA:	
DOMICILIO:	CIUDAD:	ESTADO:
CODIGO POSTAL:		

PRIMER NOMBRE:	APELLIDO:	RELACION AL PACIENTE:
FECHA DE NACIMIENTO:	SEXO: M F	CORREO ELECTRONICO:
NUMERO DE CELULAR /COMPANIA:	TELEFONO EN CASA:	
DOMICILIO:	CIUDAD:	ESTADO:
CODIGO POSTAL:		

INFORMACION DE ASEGURANZA (Porfavor de proveer su tarjeta de aseguranza y su Identification para poder tener una copia en nuestros archivos)

NOMBRE DE LA PERSONA PRINCIPAL EN LA POLIZA (como aparece en la tarjeta):		
FECHA DE NACIMIENTO DE LA PERSONA PRINCIPAL:	NUMERO DE SEGURO:	EMPLEADOR:
NOMBRE DE COMPANIA DE LA ASEGURANZA DENTAL:		
NUMERO DE POLIZA:	NUMERO DE GRUPO DE LA POLIZA:	

NOMBRE DE LA PERSONA PRINCIPAL EN LA POLIZA (como aparece en la tarjeta):		
FECHA DE NACIMIENTO DE LA PERSONA PRINCIPAL:	NUMERO DE SEGURO:	EMPLEADOR:
NOMBRE DE COMPANIA DE LA ASEGURANZA DENTAL:		
NUMERO DE POLIZA:	NUMERO DE GRUPO DE LA POLIZA:	

INFORMACION DENTAL / MEDICA

DENTISTA:	FECHA DE ULTIMA VISITA:	RAZON:
MEDICO:	FECHA DE ULTIMA VISITA:	RAZON:
CUAL ES TU PREOCUPACION PRINCIPAL/PORQUE ESTA AQUI?:		
PORQUE ESCOGIO NUESTRA OFICINA? :		
CON QUE FRECUENCIA SE LAVA LOS DIENTES EL PACIENTE?:	HILO DENTAL? :	
PORFAVOR ANOTE CUALQUIER MEDICACION ACTUAL:		

PARA LAS SIGUIENTES PREGUNTAS, POR FAVOR CIRCULAR SI O NO. LAS RESPUESTAS SON PARA NUESTROS ARCHIVOS NADA MAS Y SERAN CONSIDERADOS CONFIDENCIAL. UN HISTORIAL COMPLETO Y HONESTO ES VITAL PARA UNA EVALUACION ORTHODONTICA ADECUADA.

PERFIL DEL PACIENTE

EL PACIENTE:

SIGUE INSTRUCCIONES BIEN?	SI	NO	SE SIENTE INSEGURO DE SUS DIENTES?	SI	NO
TIENE ALGUNA DISCAPACIDAD DE APREDNIZAJE?	SI	NO	TIENE ANCIEDAD DENTAL?	SI	NO

HISTORIAL MEDICO

AHORA O EN EL PASADO, AH TENIDO EL PACIENTE:

PROBLEMAS DEL RIÑON?	SI	NO	DEFECTO CARDIACO CONGENITO?	SI	NO
DIABETES?	SI	NO	SOPLO CARDIACO?	SI	NO
CANCER O TUMORES?	SI	NO	CONDICIONES DE OJOS, OIDO O GARGANTA?	SI	NO
POLIO, LUPUS, MONO, TB OR NEUMONIA?	SI	NO	HAYFEVER, ASTHMA, PROBLEMAS DE SINUS O URTICARIA?	SI	NO
PROBLEMAS DEL SISTEMA INMUNE?	SI	NO	CONDICIONES DE LAS ANGINAS O ADENOIDES?	SI	NO
SIDA O VIH POSITIVO?	SI	NO	CUALQUIER IMPLANTE O TRANSPLANTE?	SI	NO
PROBLEMAS DE HEPATITIS, JAUNDICE O EL HIGADO?	SI	NO	HUESOS ARTIFICIALES/COYUNTURAS/VALVULAS?	SI	NO
DESMAYOS, ATAQUES O EPILEPSIA?	SI	NO	ESTA EMBARAZADA LA PACIENTE?	SI	NO
DIFICULTAD CON LA VISION, OIDO'S, O SABOR?	SI	NO	PROBLEMA CON ABUSO DE SUSTANCIAS?	SI	NO
SANGRADO ANORMAL, MORETES ANORMALES O ANEMIA?	SI	NO	MASCA O FUMA TABACCO?	SI	NO
PRESION ALTA O BAJA SANGUINEA?	SI	NO	ALGUNA HOSPITALIZACION?	SI	NO
DOLOR EN EL PECHO O FALTA DE RESPIRACION?	SI	NO	ALGUNAS OPERACIONES?	SI	NO

PORFAVOR ESCRIBA CUALQUIER OTRO PROBLEMA O SINTOMA FISICO: _____

ALERGIAS OR REACCIONES A ALGUNOS DE LOS SIGUIENTES:

ANESTESIA LOCAL?	SI	NO	MEDICAMENTOS CON SULFATO?	SI	NO
ASPIRINA?	SI	NO	CODEINE O OTROS NARCOTICOS?	SI	NO
IBUPROFENO?	SI	NO	METALES (JPYERIA, ROPA CON METAL)?	SI	NO
PENICILINA?	SI	NO	LATEX (GUANTES, GLOBOS)?	SI	NO

PORFAVOR ANOTE CUALQUIER OTRA ALERGIA: _____

HISTORIAL DENTAL

AHORA O EN EL PASADO, AH TENIDO EL PACIENTE:

LESIONES EN LA CARA, BOCA O QUIJADA?	SI	NO	IMPEDIMENTOS O DIFICULTADES DE LA FORMA DE HABLA?	SI	NO
DIENTES PERMANENTES EXTRAIDOS?	SI	NO	RESPIRACION EXTREMA POR LA BOCA O RONQUIDO?	SI	NO
DIENTES SUPERNUMERARIOS (EXTRA)?	SI	NO	MOLIENDO DE LOS DIENTES?	SI	NO
DIENTES DESAPARECIDOS CONGENITAMENTE?	SI	NO	ESTRES, SONIDO O APRIETO EXCESO DE LA QUIJADA?	SI	NO
DIENTES AGRIETADOS O DAÑADOS?	SI	NO	DOLOR EN LA QUIJADA O SONIDO EN LOS OIDOS?	SI	NO
SENSIBILIDAD AL CALIENTE Y FRIO; DOLOR DE DIENTES?	SI	NO	DIFICULTAD CON LA MASTICACION O ABRIENDO LA QUIJADA?	SI	NO
FRACTURA DE MANDIBULA, QUISTE O INFECCION DE LA BOCA?	SI	NO	RELLENOS FLOJOS, QUEBRADOS O PERDIDOS?	SI	NO
ALGUNA ENDODONCIA?	SI	NO	DIENTES QUE IRRITEN AREAS ADENTRO DE LA BOCA?	SI	NO
ENCIAS SANGRIENTAS, MAL SABOR O OLORES DE BOCA?	SI	NO	AMPOLLAS O FUEGOS EN LA BOCA?	SI	NO
PERIODONTAL "PROBLEMAS DE LAS ENCIAS"?	SI	NO	ESTA TOMANDO ALGUN TIPO DE FLUORURO?	SI	NO
EL HABITO DE CHUPARSE LOS DEDOS? HASTA QUE EDAD? _____	SI	NO	SERIOS PROBLEMAS CON TRABAJO DENTAL EN EL PASADO?	SI	NO
HABITO DE TENSION DE LA LENGUA?	SI	NO	ALGUNA VEZ A RECIBIDO TRATAMIENTO ORTHODONTICO ANTES?	SI	NO

Entiendo que la informacion que he proporcionado es correcta segun mi conocimiento, y que se mantendra en la mas estricta confidencialidad y que es mi responsabilidad informar a esta oficina de cualquier cambio en el estado medico/dental del paciente. Tambien entiendo que solo para fines de capacitacion, esta oficina ocasionalmente puede filmar su oficina y procedimientos clinicos. Autorizo al personal dental a realizar los servicios dentales necesarios que el paciente pueda necesitar.

FIRMA DEL PACIENTE o GUARDIAN LEGAL, SI EL PACIENT ES UN MENOR

FECHA

Yo confirmo que eh recibido una copia de Notificacion de Practica de Privacidad para la oficina.

FIRMA DEL PACIENTE o GUARDIAN LEGAL, SI EL PACIENT ES UN MENOR

FECHA

--USO PARA LA OFICINA SOLAMENTE--

Revise verbalmente la informacion dental/medica en este formulario con el paciente o con el tutor nombrado aqui. Comentarios del Doctor:

Inicial: _____ Fecha
