

Fecha _____

☐ Sr. ☐ Sra. ☐ Srta. ☐ Ms. ☐ Dr.

Nombre del Paciente _____ Apodo _____ Sexo ☐ M ☐ F

Dirección del Paciente _____ Tel. Res. (____) ____ - ____
Calle Ciudad ZIP

Núm. Seguro Social ____ - ____ - ____ Fecha da Nacimiento _____ Celular (____) ____ - ____

Empleo del Paciente _____ Dirección Trabajo _____

Ocupación _____ Teléfono (____) ____ - ____

Nombre del Cónyuge _____ Empleo/Ocupación del Cónyuge _____

Núm. Lic Manejar _____ ¿Quién lo refirió? _____

Nombre, Dirección y Teléfono de Vecino o Pariente más Cercano _____

PERSONA RESPONSABLE – LLENE ESTA SECCIÓN TAMBIÉN I EL PACIENTE ES MENOR DE EDAD

Nombre de la Persona Responsable _____ Núm. Seguro Social ____ - ____ - ____

Dirección Residencial Paciente _____ Tel. Res.(____) ____ - ____
Calle Ciudad ZIP Tel. Cel.(____) ____ - ____

Núm. Lic. Manejar _____ Empleo _____ Ocupación _____

Dirección Empleo _____ Tel.(trabajo)(____) ____ - ____
Calle Ciudad ZIP

HISTORIA MÉDICA

Salud General ☐ Excelente ☐ Buena ☐ Regular ☐ Mala

Nombre y Dirección del Médico _____

Nombre y Dirección del Dentista _____

Último Examen Físico Completo _____

¿Está tomando alguna medicina? ☐ Sí ☐ No Anote por Favor _____

¿ Es usted alérgico a: ☐Pencilina ☐Codeína ☐Anestésicos Locales Inyectados ☐Latex

¿Otros? _____

¿Sufre de sangre prolongada? ☐Sí ☐No

(Mujeres) ¿Está embarazada? ☐Si ☐No ¿Qué trimestre? _____

¿Está lactando? ☐Sí ☐No

¿Ha tenido algún problema serio asociado con algún tratamiento dental anterior? ☐Si ☐No

Explique: _____

Llene la parte de atrás por favor.

¿Ha Recibido tratamiento para / o le han diagnosticado?

Enfermedad del corazón	☐ Sí	☐ No
Fiebre Reumática	☐ Sí	☐ No
Murmullo en el Corazón	☐ Sí	☐ No
Presión Sanguínea Anormal	☐ Sí	☐ No
Lesiones Congénitas del Corazón	☐ Sí	☐ No
Úlceras	☐ Sí	☐ No
Tuberculosis	☐ Sí	☐ No
Diabetes	☐ Sí	☐ No
Endocrinas (por ejemplo, Tiroides)	☐ Sí	☐ No
Enfermedades Autoinmunes	☐ Sí	☐ No
Enfermedad Neurológica/Derrame Cerebral	☐ Sí	☐ No
Epilepsia/Convulsiones	☐ Sí	☐ No
Sífilis, Gonorrea, Enfermedades Sexualmente Transmitidas	☐ Sí	☐ No
SIDA/ o VIH	☐ Sí	☐ No
Enfermedad Pulmonar	☐ Sí	☐ No
Asma	☐ Sí	☐ No
Ictérica/Enfermedad del Hígado/Hepatitis	☐ Sí	☐ No
Sinusitis / Alergias / Fiebre del Heno	☐ Sí	☐ No
Artritis	☐ Sí	☐ No
Prótesis (Cadera, Hombro, etc)	☐ Sí	☐ No
¿Ha recibido terapia de radiación alguna vez?	☐ Sí	☐ No
¿Tiene un marcapaso u otro aparato electrónico implantado?	☐ Sí	☐ No
¿Usa drogas recreacionales? (Cocaína, Marihuana)	☐ Sí	☐ No
¿Cualquier otra enfermedad seria?	☐ Sí	☐ No
Por Favor Anote:		

Firma: _____