



Nombre Del Paciente: _____

Apellido Nombre Inicial

Dirección: _____
Dirección Ciudad Estado Código Postal

Correo Electrónico: _____ @ _____ No. Seguro Social: _____ - _____ - _____

Fecha de Nacimiento: _____ / _____ / _____ Edad: ____ Sexo: o M o F # Licencia/ID: _____

Teléfono Casa: _____ Celular: _____ No. Alt: _____

Información del Padre/Guardián: (requerido si el paciente tiene menos de 18)

Relación al Paciente: _____ o Si Mismo

Nombre: _____

Apellido Nombre Inicial

Informacion del Seguro Dental: Nombre Del Abonado: _____ Relación al Paciente: _____

Fecha De Nacimiento: _____ / _____ / _____ Empleador: _____

Compania de Seguro Dental: _____ # Afiliado: _____

Teléfono de Seguro Dental:: _____ # de Grupo: _____

de Seguro Social: _____

Nombre y teléfono de un pariente que no viva con usted: _____

Como Escucho De Nuestra Oficina? Por Favor Marque abajo:

- Online
- Evento de la Comunidad
- Feria de Salud / Evaluacion de Salud
- Medico de Referencia
- oTV
- Conduciendo / Caminando por la Oficina
- Medicaid
- Seguro Dental/Empleador
- Amigo / Familiares
- Empleado de Nosotros o Otro (Especifique) _____

Razón de su visita hoy: _____ Fecha de su última visita dental: _____

Ha tenido alguna vez una situación que no le gusto en una oficina dental que nos quiera decir?

Si No Si es así, favor de explicar: _____

¿Está nervioso por tratamiento dental? Si No

¿Le sangran las encías, están sensibles o irritadas? Si No

¿Está satisfecho con la apariencia de sus dientes? Si No

¿Son sus dientes sensibles? Si No

En caso afirmativo, ¿a qué? o Dulces o Caliente o Fría o Presión _____

¿Tiene dientes descolorados que le molestan? Si No

¿Si es mujer, usted esta o se sospecha que está embarazada? Si No Cuantos meses? _____

832.604.7737

PUREDENTALSTUDIO1@GMAIL.COM

PURE DENTAL STUDIO

Por favor marque de las siguientes condiciones que usted ha tenido o tiene: NINGUNO

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="radio"/> Enfermedad del corazón | <input type="radio"/> Úlceras | <input type="radio"/> Asma |
| <input type="radio"/> Enfermedad de los riñones | <input type="radio"/> Hemofilia | <input type="radio"/> La Cortisona Medicina |
| <input type="radio"/> Enfermedad de la Tiroides | <input type="radio"/> Artritis | <input type="radio"/> Hepatitis |
| <input type="radio"/> Enfermedad de células falciformes | <input type="radio"/> Fiebre reumática | <input type="radio"/> Diabetes |
| <input type="radio"/> Soplo cardíaco | <input type="radio"/> Enfisema | <input type="radio"/> Fiebre de heno |
| <input type="radio"/> La pérdida de hueso | <input type="radio"/> Reumatismo | <input type="radio"/> Glaucoma |
| <input type="radio"/> Quimioterapia: (Cáncer,leucemia) | <input type="radio"/> Dolor en la articulación de la mandíbula | <input type="radio"/> Escarlatina |
| <input type="radio"/> Hipertensión | <input type="radio"/> Enfermedad venérea | <input type="radio"/> VIH + SIDA |
| <input type="radio"/> Epilepsia o convulsiones | <input type="radio"/> Tuberculosis | <input type="radio"/> Anemia |
| <input type="radio"/> Contusión fácilmente en la piel | <input type="radio"/> Reemplazo de Articulaciones | <input type="radio"/> Nerviosismo |
| <input type="radio"/> Enfermedad de la Sangre | <input type="radio"/> Marcapasos del Corazón | |

¿Ha tenido algún reemplazo de articulaciones? Si No

Si es así, ¿cuándo? _____

¿Está viendo a un médico? Si No

El nombre y número de teléfono de su médico (s) _____

Si es así, ¿cuál es la enfermedad que padece? _____

Por favor marque cualquiera de los siguientes elementos a cual le tiene alergia: NINGUNO

- | | | |
|--|--|------------------------------------|
| <input type="radio"/> Anestésicos locales | <input type="radio"/> Aspirina | <input type="radio"/> Iodine |
| <input type="radio"/> Penicilina | <input type="radio"/> Yodo | <input type="radio"/> Sulfatos |
| <input type="radio"/> Codeína u otros narcóticos | <input type="radio"/> Los barbitúricos | <input type="radio"/> Látex |
| <input type="radio"/> Fen-Phen | <input type="radio"/> sedantes | <input type="radio"/> Otros: _____ |

¿Está tomando algún medicamento? Si No

En caso afirmativo, indique: _____

¿Ha tomado o está tomando aspirina? Si No

¿Usted a tomado o está tomando actualmente Bisphosphonates orales?

Actonel Boniva Fosamax Skelif Didrone Otro _____

¿Hay algo más que debemos saber sobre su salud que no esté previsto en este formulario? Si No

En caso afirmativo, por favor explique: _____

Al mejor de mi conocimiento, todas las respuestas anteriores son verdaderas y correctas.

Si alguna vez tiene algún cambio en mi salud, o si cualquier cambio de medicamentos, informaré a mi dentista en la próxima cita.

Firma del Paciente / Padre / Tutor Fecha

*****Medical History Update*****

Dr.

Date

Dr.

Date

Dr.

Date