

Bienvenidos a nuestra oficina. Los pagos se requieren en su totalidad al momento de su tratamiento dental. Cualquier otros arreglos de pago se deben hacer antes de su tratamiento.

Gracias por venir a nuestra oficina.

1. Fecha: _____ Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____
2. Dirección: _____ No. de Teléfono: _____
3. Numero de Social Security del Paciente: _____ Estado Civil: _____
4. Sitio de Empleo del Paciente: _____ # Telefónico del Trabajo: _____
5. Nombre de Esposo (a) y Sitio de Empleo: _____ #Telefónico del Trabajo: _____
6. Número de Social Security de Esposo (a): _____ No. de Teléfono: _____
7. Persona responsable por pagos: _____ Dirección: _____
8. ¿Usted tiene seguro dental? _____ Compañía de seguro: _____
9. La razón de su consulta hoy: _____
10. ¿Cómo escucho de nuestro grupo dental? _____
11. Nombre de su médico general y número telefónico: _____

INSTRUCCIONES:

Responda todas las siguientes preguntas haciendo un círculo alrededor del **SÍ** o **NO** y llene los espacios vacios que corresponden a cada pregunta.

Si no entiende alguna pregunta, por favor pídanos asistencia.

1. Fecha de su último examen físico: _____
2. ¿Usted ha estado hospitalizado o ha padecido de una enfermedad seria en los últimos 3 años?..... **SÍ NO**
Si es así, explique por favor. _____
3. ¿Está ahora bajo tratamiento médico?..... **SÍ NO**
Si es así, ¿Para cuales condiciones recibe tratamiento? _____
4. ¿Padece o en alguna vez ha padeció de las siguiente enfermedades o condiciones?:
5. Reemplazo de articulación (implante) o cadera..... **SÍ NO**

A. CARDIOVASCULAR:

- 1) Fiebre reumática..... **SÍ NO**
- 2) Defecto congénital del corazón- tipo: _____ fecha de cirugía: _____..... **SÍ NO**
- 3) Angina (dolor del pecho)..... **SÍ NO**
- 4) Ataque cardíaco – fecha _____..... **SÍ NO**
- 5) Arritmias (latido irregular)..... **SÍ NO**
- 6) Murmullos en el corazón – etiología(causa): _____..... **SÍ NO**
- 7) Fallo congestivo del corazón – fecha: _____..... **SÍ NO**
- 8) Cirugía del corazón- tipo: _____ fecha: _____..... **SÍ NO**
- 9) Marcapaso cardíaco-tipo: _____ fecha: _____..... **SÍ NO**
- 10) Hipertensión (Presión alta) – Presión: _____/_____..... **SÍ NO**
- 11) Hipotensión (Presión baja) – Presión: _____/_____..... **SÍ NO**
- 12) Derrame cerebral- fecha: _____..... **SÍ NO**
- 13) Prolapso de válvula mitral..... **SÍ NO**

B. ENFERMEDADES RESPIRATORIAS:

- 1) Asma – severidad _____..... **SÍ NO**
- 2) Enfisema – severidad _____..... **SÍ NO**
- 3) Bronquitis – severidad _____..... **SÍ NO**
- 4) Sinusitis..... **SÍ NO**

C. ENFERMEDADES ENDOCRINAS:

- 1) Diabetes – tipo control:..... **SÍ NO**
- 2) Hipertiroidismo (tiroides alta) – tratamiento: _____..... **SÍ NO**
- 3) Hipotiroidismo (tiroides baja) – tratamiento: _____..... **SÍ NO**

D. PROBLEMAS HEMATOLOGICOS (SANGRE):

- 1) Anemia – tipo, _____..... **SÍ NO**
- 2) ¿Usted sangra excesivamente al cortarse, o se les forman moretones (morados) con facilidad? **SÍ NO**
Si es así, por favor explique _____

(Voltee la página)

E. ENFERMEDADES INFECCIOSAS:

- 1) Hepatitis/Ictericia – tipo: _____ fecha: _____ **SÍ NO**
- 2) Enfermedad venérea – tipo _____ fecha: _____ **SÍ NO**
- 3) Tuberculosis – fecha: _____ **SÍ NO**
- 4) Sida o infección por VIH..... **SÍ NO**

F. ENFERMEDADES RENALES (RIÑÓN):

- 1) ¿Usted ha tenido alguna infección del riñón en los últimos 3 años?..... **SÍ NO**
 tipo: _____ fecha: _____ **SÍ NO**
- 2) ¿Ha sido operado del riñón? tipo de cirugía: _____ fecha _____ **SÍ NO**

G. OTRAS ENFERMEDADES O CONDICIONES MÉDICAS:

- 1) Síncope (Desmayos) – frecuencia _____ **SÍ NO**
- 2) Enfermedad del hígado – tipo _____ **SÍ NO**
- 3) Artritis – tipo: _____ **SÍ NO**
- 4) Úlceras – tipo: _____ **SÍ NO**
- 5) Glaucoma:..... **SÍ NO**
- 6) Terapia de radiación – tipo: _____ fecha: _____ **SÍ NO**
- 7) Epilepsia/convulsiones – tratamiento _____ **SÍ NO**
- 8) ¿Ha tenido cáncer? – tipo: _____ fecha: _____ **SÍ NO**
- 9) ¿Usa usted tabaco? – tipo: _____ **SÍ NO**

5. ¿Usted toma alguno de los siguientes medicamentos?

- A. Antibióticos (etc.)- tipo: _____ (cantidad/dosis): _____ **SÍ NO**
- B. Anticoagulantes..... **SÍ NO**
- C. Esteroides (Cortisona) – tipo: _____ (cantidad/dosis): _____ **SÍ NO**
- D. Medicina para la presión alta – tipo: _____ cantidad/dosis): _____ **SÍ NO**
- E. Tranquilizadores:- tipo: _____ cantidad/dosis): _____ **SÍ NO**
- F. Aspirina – frecuencia: _____ **SÍ NO**

Otras: Medicamento Cantidad frecuencia

G. _____
 H. _____

6. ¿Es usted alérgico o ha tenido una reacción a estas sustancias?

- A. Anestesia local – tipo: _____ reacción: _____ **SÍ NO**
- B. Penicilina u otros antibióticos..... **SÍ NO**
- C. Sulfamidas – reacción: _____ **SÍ NO**
- D. Aspirina – reacción: _____ **SÍ NO**
- E. Barbitúricos u otros sedantes – tipo: _____ reacción: _____ **SÍ NO**

Otras sustancias..... Medicamento..... Reacción..... SÍ NO

F. _____

7. ¿Usted ha tenido alguna dificultad con algún tratamiento dental en el pasado, incluyendo extracciones?..... **SÍ NO**

Si es así, por favor explique: _____

8. ¿Usted padece de algún problema o condición médica que no se haya identificado en este cuestionario?..... **SÍ NO**

Si es así, por favor explique: _____

9. **Para mujeres solamente:**

¿Está usted embarazada? – fecha de parto: _____ **SÍ NO**

POR FAVOR, INDIQUE SU MÉTODO DE PAGO HOY:

- EFECTIVO (CASH) CHEQUE
- VISA/MASTERCARD DISCOVER

AUTORIZACIÓN

Yo certifico que he leído y entiendo la todas las preguntas y que he dado respuestas verdaderas. Yo entiendo que respuestas inexactas pueden ser peligrosas para mi salud.

 Firma del paciente (o Firma del Padre, si el paciente es menor de edad)