

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 vacíos que corresponden a cada pregunta.

Si no entiende alguna pregunta, por favor pídaenos 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)