

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre del paciente: _____

Prefiero ser llamado: _____ Fecha de nacimiento: _____ Sexo: M F

Dirección del paciente: _____ Ciudad: _____ Código postal: _____ Estado: _____

Teléfono de casa: _____ Teléfono celular: _____ Carrier Celular: _____ Dirección de correo electrónico: _____ Casado: _____ Numero de seguridad social: _____

Ocupación: _____ Empleador: _____ Numero de Empleador: _____

Contacto de Emergencia: _____ Teléfono: _____ Relación con usted: _____

Por favor, indique lo que usted siente que está mal con sus dientes: _____

¿A quién podemos agradecer por referirlo a nuestra oficina? _____

Nombre de Dentista: _____ Visto Última Vez: _____ Razón: _____

Nombre de la oficina dental: _____ Teléfono #: _____

INFORMACIÓN DEL SEGURO DENTAL

Nombre del titular de la póliza principal: _____ SSN #: _____ DOB _____

Nombre de la aseguradora: _____ Teléfono #: _____

Insurance Company Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____

Del titular de la póliza Secundaria Nombre: _____ SSN #: _____ DOB _____

Nombre de la aseguradora: _____ Teléfono #: _____

Insurance Company Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____

HISTORIA DENTAL ahora o en el pasado , han tenido :

- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Cualquier dientes removidos por alguna razón? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Supernumerario (extra) o congénita dientes que faltan ? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No astillados o lesionadas primaria (bebé) o de los dientes permanentes ? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No hay Dientes sensibles al calor o al frío; latido dientes o dolor ? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No fracturas de mandíbula , quistes o la boca infecciones ? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No " dientes muertos " o los canales radiculares tratadas ? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No hay problemas periodontales , sangrado de las encías , mal sabor de boca o mal aliento ? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Pulgar, dedo o chupar un hábito? hasta lo Edad _____ ? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No hábito de deglución anormal (lengua empujando) ? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Historial de problemas del habla? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Respirar por la boca hábito , ronquidos o dificultad para respirar ? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Rechinar los dientes , apretar la mandíbula o pulsando bloqueo? | <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Tiene dolor en la mandíbula o zumbido en los oídos? Abertura <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No encontró dificultad en la masticación o de mandíbula ? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Alguna vez ha recibido tratamiento para el " TMD " o " problemas de la ATM "? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Consciente de flojos, rotos o desaparecidos restauraciones (empastes)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Cualquier diente irritantes a la mejilla , labio, la lengua o en el paladar ? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Tiene problemas de sangrado encías? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Se cepilla los dientes todos los días ? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Ha tenido sus adenoides o amígdalas sido eliminado ? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Cualquier problema muela del juicio ? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Es usted sensible o auto- consciente acerca de sus dientes? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Ha tenido un examen Orthdonic previa o tratamiento? <p>¿Con qué frecuencia se cepilla los dientes? _____ Floss? _____</p> |
|--|---|

HISTORIA MÉDICA ahora o en el pasado , ¿has tenido:

- Sí No Defecto cardíaco congénito?
- Sí No Sangrado anormal ?
- Sí No Reumatoide o enfermedades artríticas?
- Sí No Endocrinos o problemas de tiroides?
- Sí No Problemas renales?
- Sí No Diabetes?
- Sí No Cáncer , tumor, la radioterapia o la Quimioterapia?
- Sí No Problemas del hígado?
- Sí No Soplo cardíaco ?
- Sí No Deterioro Minusvalías ?
- Sí No Convulsiones / Epilepsia ?
- Sí No El asma?
- Sí No Hemofilia?
- Sí No La fiebre reumática?
- Sí No Tuberculosis?
- Sí No El VIH / SIDA?
- Sí No Sangrado excesivo o moretones tendencia , anemia o trastorno hemorrágico ?
- Sí No La presión arterial alta o baja ?
- Sí No Polio, mononucleosis , la tuberculosis o neumonía?
- Sí No Vista, el oído , el gusto o el habla dificultades?
- Sí No Alteración de la salud mental o de comportamiento problema?

FAMILIA HISTORIA MEDICA

Haga una lista de condiciones médicas familiares que debamos saber?

Alergias o reacciones a cualquiera de los siguientes :

- | | |
|---------------------------|---------------------|
| Aspirina | Tylenol |
| Penicilina | sulfa Drogas |
| (otros antibióticos) | Metales (bisutería) |
| Latex (guantes, globos) | El ibuprofeno |
| Vinilo, acrilico, animals | (Motrin, Advil) |
| Alimentos | |
| (especificar) | |

Por favor indique cualquier medicación, suplementos nutricionales ,medicamentos a base de hierbas o medicamentos sin receta que está omando el paciente.

Medication _____ Por? _____

Medication _____ Por? _____

Medication _____ Por? _____

Sí No ¿ Se mastica o el humo del tabaco?

Sí No Operaciones o cirugías ?

Describe: _____

 Sí No ¿Fue hospitalizado?

Por: _____

¿Hay alguna otra condición médica que debemos de tener en cuenta?

Las mujeres sólo

Sí No ¿Está embarazada?

Sí No ¿Le espera quedar en embarazo?

He leído y entendido las preguntas anteriores. No voy a responsabilizar a mi médico tratante o cualquier miembro de su / su personal responsable de los errores u omisiones que he cometido al llenar este formulario. Si hay algún cambio posterior a este registro de la historia o el estado médico / dental, me aseguraré de informar a esta práctica. Más lejos más, doy mi consentimiento para un examen de ortodoncia y si es necesario , los registros de ortodoncia que incluyen fotos, impresiones y radiografías.

Imprimir Nombre: _____

Firmado: _____ Fecha Firmado: _____