



Historial Medico

Fecha: _____

Informacion Del Paciente:

Nombre del Paciente: _____
Sexo: () M () F Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____ Seguro Social: _____

Informacion de la Persona Responsable:

Apellido: _____, Nombre: _____ Inicial _____ Estado Martital _____
Direccion: _____ Ciudad: _____ Estado _____ Codigo Postal _____
Numero de Licencia de conducir: _____ Fecha de Nacimiento _____ Seguro Social _____
Telefono de Casa: _____ Celular: _____ Trabajo: _____
Relacion al Paciente: _____ Empleador: _____ Ocupacion: _____
Nombre/direccion/telefono de una persona QUE NO VIVA CON UD A quien le podemos hablar en caso de una emergencia: _____
A que se debe su visita hoy? _____
Tiene un medico que lo este atendiendo? () SI () NO Si es asi, para que condicion medica? _____
El nombre y direccion de su medico(s) es? _____
Que medicinas esta tomando en este momento? _____
SI ES MUJER, esta usted embarazada? () SI () NO
Si está embarazada, cuanto tiempo de gestación tiene? _____
Son sus encias sensibles, le sangran? () SI () NO
Son sus dientes sensibles al calor, frio, dulces, o presion? () SI () NO
Cuando fue la ultima vez que vio un dentista? _____

MARQUE CUALQUIERA QUE HAIGA TENIDO O TENGA EN ESTE MOMENTO:

- | | | |
|-------------------------------|---------------------------------|-------------------------------------|
| () Enfermedad del Corazon | () Marcapasos | () Fiebre Reumatica |
| () Alta Presion | () Diabetes | () Fiebre Reumatica |
| () Enfermedad de la Sangre | () Fiebre Escarlata | () Nerviosidad |
| () Reumatismo | () Anemia | () Cancer, Leucemia |
| () Ulceras | () Enfisema | () Hepatitis |
| () Alergias a Latex | () Medicina Con Cortizona | () Sonidos Irregulares del Corazon |
| () Enfermedad Venerea | () Asma | () Problema de los Rinones |
| () Arthritis | () Epilepsia | () Glaucoma |
| () Dolor en las Quijadas | () Sida/VIH+ | () Problema De Tiroides |
| () Se le marca la piel facil | () Enfermedad de Sangre | () Quimio/Radioterapia |
| () Terapia de Bisfosfonatos | () Valvula Cardiaca Artificial | () Epilepsia |

Marque Cualquiera de las Siguietes Medicinas a las que Usted es Alegico

- () Asperinas () Sulfa () Sedativo, barbituricos/pastillas para Dormir
() Anestecia Local () Penicilina/Antibiotico () Codeina/ Otro Narcotico
() Otro _____

A mi mejor conocimiento, todas las anteriores respuestas con ciertas y correctas. Si en algún cambio en las medicinas que yo tomo, yo le informare a mi dentista en la próxima cita. Certifico también que doy consentimiento para realizarme radiografías y un examen oral.

Firma de el Paciente/Padre/ Tutor
Para Uso de Oficina

Fecha de Hoy

Doctor

Fecha

Doctor

Fecha