

Historia Medica

Médico: _____

Está el paciente en buen estado de salud? Sí NO

El paciente ha visto a un médico en los dos últimos años cuál es la razón de la visita? Sí NO

Mencione la drogas o medicamentos que este tomando? _____

Tiene alergias o es sensible a algo? _____

El paciente usa lentes de contacto? Sí NO

Márque cual quiera en la lista por las cuáles el paciente ha sido tratado:

Diabetes	Sí <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Hepatitis	Sí <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Problemas del corazon	Sí <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Glaucoma	Sí <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Fiebre reumatica	Sí <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Alta presion	Sí <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Deformidad en los huesos	Sí <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Sangrado prolongado	Sí <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Tiroides	Sí <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Desorientacion/Mareos	Sí <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Tuberculosis	Sí <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Epilepsia	Sí <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Anemia	Sí <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Asthma	Sí <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Arthritis dolor en el cuello y cabeza	Sí <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Desordenes en la inmunidad	Sí <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Sida (H.I.V.)	Sí <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

Historia Dental

Déntista: _____

Fecha del ultimo examen dental: _____

Ha sido el paciente diasnosticado con:

Cuidado dental incompleto Sí NO

Se chupa los dedos Sí NO

Se pasa la lengua por la encia Sí NO

Respira por la boca Sí NO

Rechina o aprieta los dientes Sí NO

Le falta o tiene un diente extra

Infecciones en el oido Sí NO

Enfermedad en las encias Sí NO

Miedo al tratamiento Sí NO

Ha sido lastimado por una caída u otra cosa?

Sí NO

Sus anginas y adenoidas han sido removidas?

Sí NO

Le ha sido extraido un diente primario permanente?

Sí NO

Comentarios: _____

Hay alguna información que pueda ser útil para su tratamiento _____

EN CASO DE EMEGRENCIA

Nombre de un pariente cerano que no viva con ud. _____

Parentesco _____ teléfono _____ Autorización _____

AUTORIZACION

Admito que he leído y entendido la informacion antes dicha, las preguntas arriba han sido contestadas correctamente. Entiendo que el dar informacion incorrecta puede ser peligroso para mí salud. Autorizo al dentista a comprartir cualquier informacion incluyendo el diagnosis y los expedientes de cualquier tratamiento o examinación héchos a mi o ami hijo(a) durante el periodo del cuidado dental, a, terceros que esten relacionados con el pago y demas practicantes de la salud. Autorizo y solicito a mi campaña de seguros á pagar directamente al déntista ó a la clinica dental los beneficios de mi aseguranza. Entiendo que mi compañía de seguros puede pagár menos de la cuenta real de los servicios recibidos, estoy de acuerdo tambien en ser responsable del pago de los servicios rendidos ami persona o mis dependientes.

Revisado por: _____

Firma

Fecha