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

Hay alguna información que pueda ser útil para su tratamiento _____

Historia Dental

Déntista: _____

Fecha del ultimo examen dental: _____

Ha sido el paciente diagnosticado 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 caida 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: _____

EN CASO DE EMERGENCIA

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

Parentesco _____ teléfono _____ Autorización _____

AUTORIZACION

Admito que he leído y entendido la información antes dicha, las preguntas arriba han sido contestadas correctamente. Entiendo que el dar información incorrecta puede ser peligroso para mi salud. Autorizo al dentista a compartir cualquier información incluyendo el diagnóstico y los expedientes de cualquier tratamiento o examinación hechos a mi o a mi hijo(a) durante el periodo del cuidado dental, a terceros que estén relacionados con el pago y demás practicantes de la salud. Autorizo y solicito a mi compañía de seguros a pagar directamente al dentista o a la clínica dental los beneficios de mi aseguración. Entiendo que mi compañía de seguros puede pagar menos de la cuenta real de los servicios recibidos, estoy de acuerdo también en ser responsable del pago de los servicios rendidos a mi persona o mis dependientes.

Revisado por: _____

Firma

Fecha