



Para Adultos : Bienvenidos a nuestra practica

Nombre: _____ Fecha de nacimiento _____ Edad _____

Como prefiere que le llamen? _____

Direccion _____ Ciudad _____ Estado _____ Codigo _____

Telefono de Casa: () _____ Telefono de celular: () _____

Email : _____ SS# _____ - _____ - _____

A quien le agradecemos por su referencia? _____

Nombre de empleador: _____ Tel:(_____) _____

El paciente es: Soltero/a Casado/a Divorciado/a

En caso de emergencia llame: _____ Relacion: _____

Telephono:_() _____

PERSONA RESPONSABLE DE LA CUENTA

Nombre: _____ SS# _____ - _____ - _____

Telefono de Casa _____ Telefono de trabajo: _____

Direccion _____ Cuidad _____ Estado _____ Codigo _____

INFORMACION DEL SEGURO MEDICO

Seguro Medico Primario: _____ Relacion con el paciente: _____

Nombre del Asegurado : _____ Fecha De nacimiento: _____ SS# _____

Empleador _____ Tel de empleador _____ Grupo#/ Poliza# _____

Nombre del seguro: _____ Nombre del Plan; _____ Telefono del seguro _____

Direccion del seguro _____ Cuidad _____ Estado _____ Codigo _____

Seguro Medico Secundario: _____ Relacion con el paciente: _____

Nombre del Asegurado : _____ Fecha De nacimiento: _____ SS# _____

Empleador _____ Tel de empleador _____ Grupo#/ Poliza# _____

Nombre del seguro: _____ Nombre del Plan; _____ Telefono del seguro _____

HISTORIA MEDICA

Medico Familiar: _____ Ultima visita _____ Tel: _____

Direccion _____ Ciudad _____ Estado _____ Codigo _____

Marque si o no y explique

Si No Esta tomando Medicina? _____
 Si No Es alergico a algun medicamento? Describa _____
 Si No Esta actualmente bajo cuidado medico? Explique _____
 Si No Tiene historia de alguna enfermedad mayor? Explique _____
 Si No A estado hospitalizado? _____
 Si No Le han removido las anginas? _____
 Si No Alguna vez a padecido de: Asma _____ Alergias _____ Fiebres Altas _____ Infecciones de la garganta _____

Marque si ha padecido alguna de estas enfermedades o condiciones Medicas

Si No Sangrado Abnormal	Si No Probl de crecimiento	Si No Probl.del higado
Si No Tuberculosis	Si No Anemia	Si No Epilepcia
Si No Probl. del pulmon	Si No AIDS	Si No Arthritis
Si No Glaucoma	Si No HIV+	Si No Desordenes de Sangre
Si No Murmullo Corazon	Si No Desordenes Nervioso	Si No Lentes de Contacto
Si No Desorden de huesos/coyonturas		
Si No Probl. del corazon		Si No Neumonia
Si No Cancer/Tumor	Si No Hepatitis-Tipo _____	Si No Epilepsia
Si No Diabetes	Si No Herpes	Si No Hyper Activo
Si No Presion alta	Si No Corazon Reumatico	Si No Probl. de tiroide
Si No Mareos/Desmayos	Si No Probl. emocionales	Si No Sinositis
Si No Probl del rinon	Otra enfermedad ? _____	

SOLO PARA MUJERS

Esta tomando pildora de natalidad? Si NO Estas embarazada? Si No Semanas# _____
 Esta amamantando ? Si NO

HISTORIA DENTAL

Dentista _____ Ultima Visita _____ Telefono# _____

Direccion _____ Ciudad _____ Estado _____ Zip _____

Que te molesta de tus dientes? _____

Marque la respuesta correcta y explique.

Si No Has tenido accidentes en tu cara, boca o dientes? _____
 Si No Sabe de dientes extra, rotos o que le falten? _____
 Si No Alguna vez a tenido infeccion en los dientes ? _____
 Si No Su boca o dientes son sencibles a la temperature o presion? _____
 Si No Sus encias sangran cuando se lava los dientes? _____
 Si No Tiene algun tipo de aparato en la boca? _____
 Si No Ha necesitado terapia del habla? _____
 Si No Tiene TMJ? _____
 Si No Le suena o truena la mandibula? _____
 Si No Talla o aprieta los dientes de noche? _____
 Si No Tiene Dolores de cabeza de tension? _____
 Si No Tiene Dolores de cabeza frecuentes? _____
 Si No Se lava los dientes diario? Cuantas veces al dia? _____
 Si No Usa el hilo dental diario? _____

Nuestra oficina se compromete llenar o exceder los estandares de control de infeccion mandados por OSHA, CDC y ADA.

USO SOLO PARA LA OFICINA

Yo he revisado verbalmente la informacion medica/dental con el padre o tutor del paciente presente.

Iniciales: _____ **Fecha** _____

Comentarios del doctor: _____