

HISTORIA DENTAL DEL PACIENTE

Nombre del Paciente: _____ Apodo: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Por favor indique el idioma que prefiere hablar _____

(Somos requeridos por la ley (CA Health Safety Code AB800, Section 123147) pedir esta informacion)

Visita de Emergencia: Si ____ No ____ 1ra Visita al Dentista Si ____ No ____ Niño ____ Niña ____

Nombre de Dentista anterior: _____ Ciudad: _____

Han sido nuestros pacientes otros miembros de su familia? Si ____ No ____

Por favor provea sus nombres: _____

Problema dental presente (si alguno): _____

Ha tenido el paciente alguna mala experiencia dental? Si ____ No ____

Por favor explique: _____

Cómo se enteró de nosotros? Television Periódico Directorio Internet Feria De Salud
 Otro _____

Contacto de Emergencia/Relación: _____ Telefono: _____

HISTORIA MEDICA

Las siguientes respuestas son confidenciales.

Su respuesta correcta nos ayudara a proveer el mejor cuidado dental. Gracias.

Esta el paciente en buena salud? Si ____ No ____ Explique: _____

Ha habido algun cambio en la salud del paciente este ultimo año? Si ____ No ____

Cuando fue el ultimo examen fisico? _____ Nombre del doctor (a) _____

Esta el paciente bajo el cuidado de un medico? Si ____ No ____

Diganos la condicion medica: _____

Nombre del doctor: _____ Telefono: _____

Direccion: _____

Esta el paciente tomando alguna medicina? Si ____ No ____

Nombre de medicina (s): _____

Ha estado el paciente hospitalizado en los ultimos 5 años? Si ____ No ____

Por qué razon?: _____

Ha el paciente tenido sangrado anormal durante extracciones, cirugias, o trauma? Si ____ No ____

Por favor explique: _____

Ha tenido el paciente cirugia o radiacion para un tumor, malformación u otra condicion? Si ____ No ____

Por favor explique: _____

TIENE Ó A TENIDO EL PACIENTE ALGUNA DE LAS SIGUIENTES?

Fiebre Reumatica	Si	No	Diabetes	Si	No	Dificultad para Respirar con Ejercicio	Si	No
Enfermedad de Corazon Reumatica	Si	No	Artritis	Si	No	Hepatitis, Enfermedad del Hgado	Si	No
Enfermedad Congenita del Corazon	Si	No	Ulceras Estomacales	Si	No	Enfermedad de La Sangre como Anemia	Si	No
Enfermedad Cardiovascular	Si	No	Enfermedad del Riñon	Si	No	Otro _____		
Soplo de Corazon	Si	No	Tuberculosis	Si	No			
Alergias	Si	No	Tos Persistente	Si	No			
Sinusitis	Si	No	Tose con Sangre	Si	No			
Asma	Si	No	Enfermedad de Immuodeficiencia	Si	No			
Urticaria	Si	No	Moretea Facilmente	Si	No			
Desmayo	Si	No	Nacimiento Prematuro	Si	No			

ESTA EL PACIENTE RUTINARIAMENTE TOMANDO ALGUNO DE LOS SIGUIENTES MEDICAMENTOS?

Antibioticos o Sulfa	Si	No	Insulina			Otro _____
Cortisona	Si	No	o Medicina Parecida	Si	No	_____
Tranquilizantes	Si	No	Ritalina	Si	No	_____
Antihistaminicos	Si	No	Anticoagulantes	Si	No	_____
Aspirina	Si	No	Digoxin			_____
			o Medicina Para el Corazon	Si	No	_____

HISTORIA DE REACCION ALERGICA DEL PACIENTE O FAMILIAR

Latex	Si	No	Aspirina	Si	No	Otro _____
Anestesia Local	Si	No	Penicilina			_____
Medicina con Sulfa	Si	No	o Otro Antibiotico	Si	No	_____
Barbituricos	Si	No	Codeina	Si	No	_____
Sedativos	Si	No	o Otro Narcotico	Si	No	_____
Medicina para Dormir	Si	No				_____

Usa o a usado el paciente bisphosphonate? Si ____ No ____

Tiene el paciente alguna condicion medica no mencionada? Si ____ No ____

Por favor explique: _____

Tiene el paciente necesidades especiales? Si ____ No ____

Por favor explique: _____

Yo certifico que he leído lo anterior y he llenado este cuestionario completamente. Les he informado de todos los problemas medicos de los que soy conciente. Yo doy consentimiento a los Doctores Chiang, Morris, Murillo, Saisho, Asociados y personal para hacer diagnostico dental incluyendo rayos-X, limpieza de dientes, examen oral, y aplicacion de fluoruro en los dientes. Yo entiendo que antes de cualquier tratamiento adicional que sea necesario sere informado para dar consentimiento.

Firma de Padres/Apoderado Legal	Nombre de Padres/Apoderado Legal	Fecha	Hora
---------------------------------	----------------------------------	-------	------

FOR DENTISTS ONLY

Patient Resume:

Hospitalizations:

Surgeries:

Medications:

Allergies:

Medical Alert:

A.S.A. I, II, III, IV **Medical Consults Requested**

Signature of Dentist	Date	Time	
----------------------	------	------	--