

**Información para el paciente**

Nombre : \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
Apellido, Nombre MI  
 género: \_\_\_\_\_  
 Seguro Social #: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
 Telefono (Casa): \_\_\_\_\_ (Trabajo): \_\_\_\_\_ Ext: \_\_\_\_\_  
 Dire: \_\_\_\_\_  
Calle Apartamento #  
Ciudad Estado código postal

**Información de la salud**

Fecha de la última visita al dentista: \_\_\_\_\_ Motivo de la visita: \_\_\_\_\_

**Por favor marque los que aplican:**

- |  |  |   |   |
|--|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> AIDS              | <input type="checkbox"/> Excessive Bleeding  | <input type="checkbox"/> Mental Disorders     | <input type="checkbox"/> Tumors             |
| <input type="checkbox"/> Alergias          | <input type="checkbox"/> Fainting            | <input type="checkbox"/> Nervous Disorders    | <input type="checkbox"/> Ulcers             |
| _____                                      | <input type="checkbox"/> Glaucoma            | <input type="checkbox"/> Pacemaker            | <input type="checkbox"/> Venereal Disease   |
| <input type="checkbox"/> Anemia            | <input type="checkbox"/> Growths             | <input type="checkbox"/> Pregnancy            | <input type="checkbox"/> Codeine Allergy    |
| <input type="checkbox"/> Arthritis         | <input type="checkbox"/> Hay Fever           | debido: _____                                 | <input type="checkbox"/> Penicillin Allergy |
| <input type="checkbox"/> Artificial Joints | <input type="checkbox"/> Head Injuries       | <input type="checkbox"/> Radiation Treatment  | <input type="checkbox"/> Joint Replacement  |
| <input type="checkbox"/> Asthma            | <input type="checkbox"/> Heart Disease       | <input type="checkbox"/> Respiratory Problems | <input type="checkbox"/> Smoking            |
| <input type="checkbox"/> Blood Disease     | <input type="checkbox"/> Heart Murmur        | <input type="checkbox"/> Rheumatic Fever      | <input type="checkbox"/> Recreational Drugs |
| <input type="checkbox"/> Cancer            | <input type="checkbox"/> Hepatitis           | <input type="checkbox"/> Rheumatism           | <input type="checkbox"/> OTHER: _____       |
| <input type="checkbox"/> Diabetes          | <input type="checkbox"/> High Blood Pressure | <input type="checkbox"/> Sinus Problems       |   |
| <input type="checkbox"/> Dizziness         | <input type="checkbox"/> Jaundice            | <input type="checkbox"/> Stomach Problems     |   |
| <input type="checkbox"/> Epilepsy          | <input type="checkbox"/> Kidney Disease      | <input type="checkbox"/> Stroke               |   |
|  | <input type="checkbox"/> Liver Disease       | <input type="checkbox"/> Tuberculosis         |   |

- ¿Alguna vez ha tenido alguna complicación después del tratamiento dental?  Si  No  
En caso afirmativo, por favor explique: \_\_\_\_\_
- ¿Ha tenido alguna cirugía?  Si  No  
En caso afirmativo, por favor explique: \_\_\_\_\_
- ¿Está tomando algún medicamento?  Si  No  
En caso afirmativo, por favor explique: \_\_\_\_\_
- ¿Ha estado ingresado en un hospital o atención de emergencia necesaria en los últimos dos años?  Si  No  
En caso afirmativo, por favor explique: \_\_\_\_\_
- ¿Está ahora bajo el cuidado de un médico?  Si  No  
En caso afirmativo, por favor explique: \_\_\_\_\_
- Nombre del Médico: \_\_\_\_\_ teléfono: \_\_\_\_\_
- ¿Tiene algún problema de salud que necesitan más aclaraciones?  Si  No  
En caso afirmativo, por favor explique: \_\_\_\_\_

Al mejor de mi conocimiento, todas las respuestas anteriores y la información proporcionada es verdadera y correcta. Si alguna vez tiene algún cambio en mi salud, voy a informar a los médicos en la próxima cita sin falta.

Fecha: \_\_\_\_\_  
 Firma del paciente, padre o tutor \_\_\_\_\_

**Referencias e Información**

¿A quién le podemos agradecer por referirle a nuestra práctica?  amigo  relativo  
 Oficina Dental  Yellow Pages  periódico  escuela  trabajo  otro \_\_\_\_\_  
 Nombre de la persona u oficina que se refiere a nuestra práctica: \_\_\_\_\_

