

# HEALTH HISTORY

Si

No

Usted tiene alergia a Latex?

Usted a tomado Fen-Phen Redux?

Esta usted baja algún medicamento?

Por favor indique: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Nombre de su Doctor: \_\_\_\_\_

Numero de telefono de su Doctor: \_\_\_\_\_

**Sign:** \_\_\_\_\_ **Date:** \_\_\_\_\_

**RECALL REVIEW:** \_\_\_\_\_

1. Patient's Signature \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

2. Patient's Signature \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

3. Patient's Signature \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

---

## For Office Use Only

1. Doctor's Review \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

2. Doctor's Review \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

3. Doctor's Review \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

**informacion del paciente**

apellido	nombre	segundo nombre	telefono celular	telefono	correo electrónico
			( )	( )	
domicilio	ciudad		estado	zona postal	<input type="checkbox"/> soltera (s) <input type="checkbox"/> casado (a) <input type="checkbox"/> divorciado (a) <input type="checkbox"/> viuda (a)
		sexo			
		<input type="checkbox"/> H			
		<input type="checkbox"/> M			
no. de seguro social	no. de licencia de manejar	fecha de nacimiento	edad	ocupacion	
persona responsable o esposo(a)	parentesco con el paciente		no. de seguro social	no. de licencia de manejar	
domicilio	ciudad		zona postal	telefono	
			( )		
patron	domicilio	ciudad	zona postal	telefono del trabajo	
			( )		

**informacion de su aseguranza**

nombre de la persona que tiene la asegeranza	no. de seguro social	fecha de nacimiento	relacion con el paciente	
nombre de la compania del asegurado	domicilio	ciudad	zona postal	telefono
				( )
nombre de la asegeranza dental	fecha cuando empezó a trabajar		numero de grupo	
nombre de la asegeranza medical	fecha cuando empezó a trabajar		numero de grupo	
usted tiene otra aseguranza	si _____ no _____	no. de seguro social	fecha de nacimiento	numero de grupo
if so, name of carrier:				

**historia medica del paciente**

SI NO

Tiene usted algún problema de salud?

Si es el caso, por favor explique \_\_\_\_\_

Ha tenido alguna operacion?

Si es el caso, por favor explique \_\_\_\_\_

Actualmente esta usted bajo cuidado medico?

Razon: \_\_\_\_\_

<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Algun problema cardíaco	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Enfermedad maligna
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Alta presion de sangre	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Measles
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Baja presion de sangre	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Paperars
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Problemas circulatorias	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Cuidado psiquiatrico
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Problemas nerviosos	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Fiebre rehumatica
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Tratamientos con radiaciones	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Escarlatina
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Sangrado excesivo	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Problemas sinusales
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> SIDA	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ataques
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Alergia a algún anestasiaco	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Fiebre Tifoidea
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Alergia a algún medicamento or droga	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Arrigdalas
Alergia: _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Tuberculosis
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Anemia	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ulcer
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Artritis	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Enfermedades venéreas
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Otros
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Está embarazada
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hepatitis	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Presión Sanguinea
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Herpes	

S \_\_\_ / \_\_\_ D \_\_\_ / \_\_\_

**historica dental del paciente**

Cual es su problema dental presente? \_\_\_\_\_

Cuando fié ultima visita al dentista? \_\_\_\_\_

Porqué deajo de asistir a su anterior dentista? \_\_\_\_\_

Sus dientes son sensibles a

caliente: \_\_\_\_\_ dulce: \_\_\_\_\_

frío: \_\_\_\_\_ al morder: \_\_\_\_\_

	SI	NO
Atrapar comida entre los dientes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sangran sus encias?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ha notado inflamacion de encia al rededor de algun diente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alguna peces evita cepillarse alguna parte desu boca?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Esta usted satisfecho con la apariencia de sus dientes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Esta usted preocupado po el costo necesario para derdverle un excelente estado dental?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se molesta usted porque siempre que visita al dentista necesita algún tratamiento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Quisere aprender como controlar caries y enfermedad de las encias?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tiene usted mal aliento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fuma usted?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le han extrado alguna pieza dental?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cuanto hace que le faltan estas piezas dentales? _____		
Ha tenido alguna reaccion alérgica al la anestesia local?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Quien lo recomendo a nuestra oficina? _____		

Persona responsable financieramente \_\_\_\_\_

Acera de sus visitas dentales anteriores? \_\_\_\_\_

Yo, el firmante, sere responsable del pago de servicios rendidos.

Yo, el firmante, sere responsable del pago no cubierto por el seguro.

Autorizo el tratamiento necesario para el paciente menor.

SI NO

Date: \_\_\_\_\_ Signature of Patient, Parent, or Guardian : \_\_\_\_\_