

ACTUALIZACION ANUAL PARA PACIENTES ACTUALES

EMAIL: _____

CELL PHONE: _____

Nombre: _____ Nombre Preferido: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____

Estado: _____ ZIP: _____ Home Phone: _____ Edad: _____ Fecha de Nacimiento: _____

_____ S.S# _____ Numero de Licencia: _____ Soltero Casado

Divorciado Viudo Separado Menor de edad.

Nombre del Empleador: _____ Ocupación: _____

Ha cambiado su seguro Dental?: Si _____ No _____ Si marco si, explique: _____

INFORMACION DEL PADRE/GUARDIAN (SI EL PACIENTE ES MENOR DE EDAD)

Nombre: _____ Cuál es su Parentesco con el Paciente: _____

Fecha de Nacimiento: _____ S.S#: _____ Numero de Licencia: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____

Código Postal: _____ Celular: _____ Corre Electronico: _____

HISTORIAL DENTAL

Le gusta su sonrisa? Si _____ No _____ si hubiera algo, que es lo que le gustaría cambiar de su sonrisa?

Cuál es la razón de su cita?: _____

Cuando fue su última visita al dentista?: _____ Cual fue el tratamiento?: _____

Está interesado en blanqueamiento dental? Si _____ No _____

Algunos de sus dientes o mulas se mueven? Si _____ No _____

Cuando fue la última vez que le tomaron rayos-x? _____ Tiene algún dolor en su Boca?: Si _____ No _____

Alguna vez ha Tenido dolor en su mandíbula? Yes _____ No _____

MARQUE SI USTED TIENE LOS SIGUIENTES:

Si No Mal Aliento Si No Rechina sus dientes Si No Acumulación Comida entre los Dientes

Si No Encías Sangrantes Si No Dientes flojos o empastes rotos Si No Sensibilidad a lo Dulce

Si No Chasquido o Crujido Mandibular Si No Tratamiento a las encillas Si No Llagas en la boca

Si No Sensibilidad al Morder Si No Sensibilidad a lo frio Si No Sensibilidad al calor

Con que frecuencia usa el hilo dental? _____ Con que frecuencia se cepilla los dientes? _____

HISTORIAL DE SALUD

Nombre de su Médico General: _____ Numero de Teléfono: _____

Fecha de su última consulta: _____

Alguna vez ha tenido un enfermedad seria u operación? Si No Describe _____

Alguna vez ha sido hospitalizado(a)? Si No Describe _____

Tiene articulaciones artificiales, clavos de metal? Si No Describa _____

Alguna vez ha tomado Phenytoin –Fen? Si No

Alguna vez ha tomado Fosamax, Boniva o cualquier otro medicamento que contenga Bifosfonatos? Yes No

Si lo tomo, diga cuándo? _____ Esta usted tomando alguna medicina/droga/medicamentos que no necesite una receta? Yes No Si respondió si, denos una lista de las medicinas que toma: _____

ES USTED SENSIBLE O ALERGICO A ALGUNOS DE LOS SIGUIENTES MEDICAMENTOS?

Si No Penicilina Si No Tetraciclina Si No Erythromycina Si No Aspirina Si No Codeína

Si No Sulfa Si No Látex Si No Anestesia Dental

O cualquier otro medicamento? _____

Tiene usted alguna enfermedad, condición o problema que no se haya mencionado que podría ser importante que lo sepamos? _____

(Mujeres) Esta embarazada? Si No si lo está, cuantos meses _____ Esta usted amamantando? Sí No

MARQUE SI USTED HA TENIDO O TIENE ALGUNO DE LO SIGUIENTE

Si No Sida

Si No Tratamientos de cortisona

Si No HIV

Si No Terapia de Radiación

Si No Anemia

Si No Diabetes

Si No Presión arterial Alta

Si No Fiebre Reumática

Si No Artritis, Reumatismo

Si No Dificultad para respirar

Si No Hepatitis

Si No Sinusitis

Si No Válvulas cardiacas artificiales

Si No Epilepsia

Si No Dolor en la mandíbula

Si No Derrame Cerebral

Si No Articulaciones artificiales

Si No Desmayos o Mareos

Si No Enfermedad al Riñón

Si No Pies Hinchados

Si No Asma

Si No Glaucoma

Si No Lupus

Si No Fiebre Escarlata

Si No Cáncer/Quimioterapia

Si No Ataque al Corazón

Si No Enfermedad al Hígado

Si No Convulsiones

Si No Dependencia Química

Si No Dolores de cabeza

Si No Problemas con la Tiroides

Si No Problemas Circulatorio

Si No Herpes

Si No Sufre de los Nervios

Si No Tuberculosis

Si No Marcapaso

Si No Hábito de Tabaco

Si No Tos persistente

Si No Tratamiento Psiquiátrico

Si No Enfermedad Venérea

Si No Hemofilia/Sangrado Anormal

Si No Prolapso de válvula mitral

Si No Enfermedad al Corazón congénita

Certifico que la información proporcionada es correcta y completa. Si tengo algún cambio en mi estado de salud o cambios a mis medicamentos, informare al proveedor de salud dental en mi próxima cita. Soy responsable de cualquier error de omisión de información. Doy mi consentimiento para todas las evaluaciones incluyendo exámenes, radiografías y otras pruebas que puedan ser necesarias para hacer el diagnostico de acuerdo a la opinión del proveedor.

Fecha

Firma

Firma del Padre/Guardián (si el paciente es menor de edad): _____ Date: _____

Firma del Dentista: _____ Date: _____