

Registro/Historial Médico

Información general:			
Nombre Completo Legal:			Género: <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M
Fecha de Nacimiento:		Seguro Social:	
Estado civil: <input type="checkbox"/> Menor <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Separado			
Número de Teléfono: Celular:		Hogar:	
Correo electrónico:			
Dirección:			
Ciudad, Estado, Código Postal:			
Parte responsable:			
Nombre de la parte responsable de esta cuenta:		Relación con el Paciente:	
Fecha de Nacimiento:		Seguro Social:	
Información de contacto de emergencia:			
Nombre del contacto de emergencia		Número de teléfono:	
Información del seguro:			
Nombre del Seguro:			
ID de miembro:		Número de grupo:	
Número de teléfono del seguro:		Empleador:	
Información médica general:			
Nombre del médico de atención primaria:			
¿Alguna vez ha sido hospitalizado o ha tenido una operación importante?			
¿Alguna vez has tenido una lesión grave en la cabeza o el cuello?			
Por favor, enumere cualquier medicamento, píldora o drogas:			
¿Alguna vez ha tomado Fosamax, Boniva, Actonel o cualquier otro medicamento que contenga bifosfonatos?			
¿Estás en una dieta especial?			
¿Consumes tabaco?			
¿Utilizas sustancias controladas?			



Mujeres: ¿Eres tú ...			
¿Embarazada?		¿Enfermería?	¿Toma anticonceptivos orales?
¿Tienes alergias? En caso afirmativo, sírvase encerrar en un círculo:			
Aspirina	Penicilina	Codeína	Acrílico
Látex	Sulfa	Anestésicos locales	Metal
¿Otras alergias? En caso afirmativo, por favor enumere:			
¿Tiene alguno de los siguientes? En caso afirmativo, sírvase encerrar en un círculo:			
SIDA/VIH	Medicina con cortisona	Hemofilia	Radioterapia
Alzheimer	Diabetes	Hepatitis A	Pérdida de peso reciente
Anafilaxis	Toxicomanía	Hepatitis B o C	Diálisis renal
Anemia	Fácil de enrollar	Herpes	Fiebre reumática
Angina	Enfisema	Presión arterial alta	Reumatismo
Artritis/gota	Epilepsia o convulsiones	Colesterol alto	Escarlatina
Válvula cardíaca artificial	Sangrado excesivo	Urticaria o sarpullido	Herpes zóster
Articulación artificial	Sed excesiva	Hipoglucemia	Enfermedad de células falciformes
Asma	Desmayos/mareos	Arritmia	Problemas sinusales
Enfermedad de la sangre	Tos frecuente	Problemas renales	Espina bífida
Transfusión de sangre	Diarrea frecuente	Leucemia	Enfermedad estomacal/intestinal
Problemas respiratorios	Dolores de cabeza frecuentes	Enfermedad hepática	Golpe
Moretones fácilmente	Genital Herpes	Presión arterial baja	Hinchazón de las extremidades
Cáncer	Genital Herpes	Enfermedad pulmonar	Enfermedad de la tiroides
Quimioterapia	Hay Fever	Prolapso de la válvula mitral	Amigdalitis
Dolores en el pecho	Ataque/insuficiencia cardíaca	Osteoporosis	Tuberculosis
Herpes labial/ampollas febriles	Soplo cardíaco	Dolor en las articulaciones de la mandíbula	Úlceras
Trastorno cardíaco congénito	Marcapasos cardíaco	Enfermedad paratiroidea	Enfermedad venérea
Convulsiones	Problemas/enfermedades cardíacas	Atención psiquiátrica	Ictericia amarilla
¿Alguna enfermedad grave no mencionada anteriormente? En caso afirmativo, por favor enumere:			
¿Tiene alguno de los siguientes? En caso afirmativo, sírvase encerrar en un círculo:			
Sensibilidad al frío	Sensibilidad al calor	Sensibilidad al masticar	
Sensibilidad	Dificultad para masticar	Dolor de mandíbula	
Encogimiento/molienda	Apareciendo/clic de la mandíbula	Dificultad para abrir/cerrar	
Nervioso en el dentista	Encías sangrantes	Comida atrapada en los dientes	
¿Tiene alguna inquietud dental que no esté en la lista?			

Que yo sepa, las preguntas en el formulario han sido respondidas con precisión. Entiendo que proporcionar información incorrecta puede ser peligroso para mi salud (o la del paciente). Es mi responsabilidad informar al consultorio dental de cualquier cambio en el estado médico.

Firma del paciente: _____

Fecha: _____

