

HISTORIAL DE SALUD Y REGISTRACION

CHART # _____

Nombre del Paciente _____ Fecha de Nac. ____/____/____
Apellido Primer Segundo Inicial

A quien agradecemos por su referencia? _____

Rason por la visita? _____

PERSONA RESPONSABLE

Nombre (Apellido) _____ (Primer) _____ (Segundo) _____

Direccion (Calle) _____ Apt# _____

Ciudad _____ Estado _____ Codigo Postal _____

Empleador _____

Direccion _____ Ciudad _____ Estado _____ Codigo _____

Telefono () _____ - _____ Tel. Celular () _____ - _____ Tel. del Empleador () _____ - _____

Email _____ Probedor de Celular: _____

Contacto en Caso de Emergencia _____ Telefono () _____ - _____

HISTORIAL MEDICA

Clasifique su Sonrisa: No Satisfecha 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Muy Satisfecha Que Cambiaria de Su Sonrisa? _____

Que tan importante es mantener sus dientes el resto de su vida? No importante 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Muy Importante

Esta Embarazada? Si / No Si es si, cuantos meses: _____

Padece de algun problema de salud? Si / No Si es si, explique: _____

Esta recibiendo atencion Medica en este momento? Si / No Si es si, explique: _____

Usa Cigaros, Cigarillos, o Tabaco? Si / No

Esta tomando algun medicamento en este momento? Ninguno / explique: _____

Es Alergico o a tenido alguna reaccion a culquier medicamento, material, comida, etc.? Si / No Si es si, porfavor explique.

Anesteticos Locales	Penicillina	Erythromycin	Codeina	Nitrous Oxide
Latex	Aspirina	Ibuprofen	Sulfa Drugs	Niquel U otro Metal: _____

Es Alergico o a tenido reaccion adversa a cualquier medicamento, materiales, comida, etc...? Si / No Explique: _____

Usted/algún familiar a sido diagnosticado con Metahemoglobinemia? Si / No Si es si, cuando: _____

Esta tomando Diariamente una Aspirina, Warfarin o Medicamento Diluyente de Sangre? Si / No Si es si, cuando: _____

Alguna Vez Ha tomado (circule) Fen-Phen / Redux? Si / No Si es si, cuando: _____

Ha tenido Cirugia en el Corazon o Valvula Cardiaca Artificial? Si / No Si es si, cuando: _____

Ha tenido un Ataque al Corazon, Dolor en el Pecho, o Problemas del Corazon? Si / No Si es si, cuando: _____

Ha tenido Cirugia para alguna Coyuntura Artificial? Si / No Si es si, cuando: _____

Alguna vez ha tomado Bisphosphonates

(medicamento para Osteoporosis (circule): Fosamax, Actonel, or Boniva)? Si / No Otro Medicamento: _____

Ha Tenido tratamiento de Radiacion? Si / No Si es si, especifique? _____

Ha tomado medicamento para el tratamiento de Cancer o Tumor? Si / No Si es si, especifique? _____

Porfavor √ Si or No: Ha tenido o tiene alguna de las siguientes enfermedades?

	Si	No	Si	No	Si	No		
SIDA/VIH	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Desmayos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Marcapasos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Glaucoma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Atencion Psiquiatrica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Angina (Dolor en el Pecho)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Soplo Cardiaco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fiebre Reumatica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Artritis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hepatitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas de Sinusitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alta Presion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Derrame Cerebral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hemorragias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ictericia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas de Tiroides	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cirugia Cosmetica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad Renal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Disfuncion de la Articulacion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas Hepaticos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Temporomaxilar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mareos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Presion Baja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tuberculosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Adiccion a Drogas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad Pulmunar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad Venera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Epilepsia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Prolapso de la Valvula Mitral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Metahemoglobinemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Firma de Paciente/Padres _____ Fecha _____ Firma del Dentista _____

Padre/Madre, si es un menor

ACTUALIZACION MEDICA:

Firma del Paciente(padre del menor) _____ Fecha _____ Firma del Dentista _____

Firma del Paciente(padre del menor) _____ Fecha _____ Firma del Dentista _____

Firma del Paciente(padre del menor) _____ Fecha _____ Firma del Dentista _____