

Información Personal del Paciente

Título	Apodo	Fecha de nacimiento	Edad
Nombre y Apellido		Estado civil	Género
Dirección		Hogar #	# de Empleo
		# de Celular	licencia de conducir
Código Postal		Contacto de emergencia	Contacto de emergencia
Correo Electrónico		nombre del estudiante	Emergencia Teléfono #
Nombre del guardian de atención médica		Nombre de la escuela	SSN
Número de teléfono del guardian de atención		Tipo de referencia	

Persona responsable/garante del pago de facturas

Título	Apodo	Fecha de nacimiento	Edad
Nombre y Apellido		Estado civil	Género
Dirección		Hogar #	# de Empleo
		Célula #	licencia de conducir
Código Postal		SSN	
Correo Electrónico			

¿Tiene seguro dental primario?	___ SÍ ___ No	¿Tiene seguro dental secundario?	___ SÍ ___ No
Grupo No/Nombre		Grupo No/Nombre	
Nombre del seguro		Nombre del seguro	
Teléfono #		Teléfono #	
Nombre del empleador		Nombre del empleador	
Nombre del suscriptor		Nombre del suscriptor	
Dirección del suscriptor		Dirección del suscriptor	
Código Postal		Código Postal	
Relacion con el Paciente	Fecha de nacimiento	Relacion con el Paciente	Fecha de nacimiento
Identificación de suscriptor		Identificación de suscriptor	

Información Personal del Paciente

Alergias si las hay	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Anemia/Leucemia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Desmayos/Convulsiones	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Prolapso de Valvula Mitral	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Aspirina	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Anorexia/Bulimia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Ampollas de Fiebre	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Diarrea Persistente	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Barbitúricos / Dormir Pastillas	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Artritis	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Frecuente Dolor de Cabeza	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Premedicar	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Codeína	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Asma/ Fiebre del Heno	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Boca Seca/Sjogren	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Hepatitis Previa	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Epinefrina	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Fibrilacion Auricular	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Reflejo Nauseoso	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Fiebre Reumatica	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Eritromicina	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Problemas de Coagulacion de la Sangre	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Ataque al Corazon/Infarto	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Enfermedad de Corazon Reumatica	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Yodo	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Transfucion de Sangre	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Enfermedad del Corazon	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Enfermedad de Transmision Sexual	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Goma de látex	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Bronquitis	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Angina de Pecho	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Dificultad para Respirar	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No anestésicos locales	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Cancer/Tumor	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Soplo Cardiaco	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Problemas de Sinusitis	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Rieles	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Marcapasos Cardiaco	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Hepatitis/Ictericia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Ulceras Estomacales	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Penicilina	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Dolor Toracico al Esfuerzo	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Urticaria/Salpullido	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Problemas de Tiroides	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Medicamentos de sulfa	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Lentes de Contacto	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Reemplazo de Articulacion	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Tuberculosis	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Otros narcóticos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Diabetes	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Problema de Rinon/Vejiga	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Perdida de Peso Inusuales	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Marque, si corresponde	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Emphysema	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Enfermedad del Hgado/Hepatitis	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Bisfosfonatos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Infección por SIDA/VIH	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Alergias Ambientales	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Problemas de Salud Mental	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Otro/Otra:	
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Abuso de alcohol/drogas	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Epilepsia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Ver escaneado Documentos: Nota del paciente			

Cuestionario Dental

Cuestionario Dental

Nombre de su dentista anterior _____

Telefono _____

Fecha de su ultima limpieza, examen y rayos-x _____

Sangran sus encias cuando se cepilla o usa el hilo dental? _____

Sus dientes son sensibles a lo caliente, frio o dulce? _____

Tiene frecuentes ampollas de fievre, ulceras en la boca, llagas en la boca o labios? _____

Ha tenido ardor en la lengua o grietas en las comisuras de su boca? _____

Ha tenido lesiones en la cabeza, cuello o mandibula? _____

Nota alguna molestia /dolor en la mandibula? _____

Aprieta o rechina los dientes? _____

Tiene dificultad para abrir la boca ampliamente? _____

Alguna vez ha tenido tratamiento de ortodoncia? _____

En caso afirmativo, fecha de tratamiento _____

Usa dentaduras postizas o parciales? _____

En caso afirmativo, fecha de colocacion de dentaduras postizas _____

Tiene problemas especificos con sus dientes, encias o boca en este momento? _____

Usa regularmente hilo dental? _____

Tiene olor o sabor desagradable en su boca/dientes? _____

Se le queda comida entre los dientes? _____

Tiene cualquier enfermedad, condicion o problema no mencionado? Porfavor nombrar _____

Es feliz con su sonrisa? _____

Comentarios Adicionales

Cuestionario Medico

Contacto de Emergencia

Nombre de contacto _____

Numero de telefono _____

Relacion de contacto con paciente _____

Farmacia de preferencia

Nombre _____

Pueblo _____

Telefono _____

Cuestionario Medico

Medico de Familia _____

Telefono _____

Esta actualmente bajo el cuidado de un medico? _____

En caso afirmativo, cual es la condicion que se esta tratando? _____

Alguna vez ha tenido alguna enfermedad grave, operacion o ha sido hospitalizado en los previos 5 años? _____

En caso afirmativo, que enfermedad o problema? _____

Actualmente, esta tomando algun medicamento? _____

En caso afirmativo, cual? _____

Ha tomado bisfosfonatos (Fosamax, Boniva, Zometa, Actonel, Didronel, Aredia, Skelid, Reclast) _____

Fuma? _____

Solo Mujeres

Esta embarazada? _____

En caso afirmativo, fecha de parto _____

Esta amamantando actualmente? _____

Esta en terapia de reemplazo hormonal? _____

Esta tomando pastillas anticonceptivas/medicamentos para fertilidad? _____

Comentarios Adicionales

Cualquier enfermedad, condicion o problema no mencionado? Porfavor liste _____

Al firmar abajo, certifico que todo la informacion anterior es cierta a lo mejor de mi conocimiento

Firma de Paciente/Tutor

Fecha

Firma de Dentista

Fecha