

ELITE PERIODONTICS & IMPLANT DENISTRY PC

Nombre _____ Celular _____ Correo Electronico _____
 Dirreccion _____ Ciudad _____ Codigo Postal _____
 Fecha de Nacimiento _____ Estado Civil _____ Telefono (Casa) _____
 Paciente Empleado Por _____ Direccion del Empleador _____
 Ocupacion _____ Telefono(Trabajo) _____
 Nombre de Esposo(a) _____ Empleador de Esposo(a) _____
 Nombre del Dentista _____ Direccion _____ Ciudad _____
 Nombre del Doctor Primario _____ Direccion _____ Ciudad _____
 Referido Por _____ Razon por su visita _____
 Nombre del Seguro Dental _____ SS # _____
 Nombre de persona responsable por pagos _____
 Direccion _____ Telefono _____

HISTORIA DE SALUD

Esta ud Buena Salud? _____ Y N
 Esta ud bajo cuidado medico en este momento? _____ Y N
 Estás tomando alguna droga o medicamento? (incluyendo píldoras anticonceptivas, aspirina) _____ Y N
 Ha tenido sangrado excesivo que requiere tratamiento especial? _____ Y N
 Alguna vez ha estado en el hospital o ha tenido una cirugía? _____ Y N
 Ha tenido terapia periodontal? _____ Y N
 Has tenido tratamiento de ortodoncia? _____ Y N
 Aprietas o rechinas los dientes? _____ Y N
 Mujeres: Estás embarazada? _____ Y N

Es alérgico o ha reaccionado a:

Anestésicos locales (novocaína)? _____ <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	Sulfamidas? _____ <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N
Penicilina o otros antibióticos? _____ <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	Aspirina? _____ <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N
Barbitúricos, sedantes, pastillas para dormir? _____ <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	Otras drogas? _____ <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N

Alguna vez ha tenido o tiene ahora alguna de las condiciones enumeradas?

Radioterapia _____ <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	Sangre en el esputo _____ <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	Úlceras _____ <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N
Falta o pérdida de vello corporal _____ <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	Sibilancias, asma _____ <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	Ronquera _____ <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N
Deformidad ósea, fractura _____ <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	Enfermedad venérea _____ <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	Tos _____ <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N
Tuberculosis, exposición a _____ <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	Problemas de tiroides _____ <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	Ictericia _____ <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N
Soplo cardíaco _____ <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	Dificultad para respirar _____ <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	Hepatitis _____ <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N
Ataque al corazón, cirugía _____ <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	Pigmentaciones _____ <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	Diabetes _____ <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N
Dificultad para tragar _____ <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	Articulaciones protésicas _____ <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	Anemia _____ <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N
Dificultad, dolor al orinar _____ <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	Visión doble _____ <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	Leucemia _____ <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N
Presión arterial alta, baja _____ <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	Pérdida de la audición _____ <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	Sinusitis _____ <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N
Fiebre reumática, escarlatina _____ <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	Sed excesiva _____ <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	Dolor de oídos _____ <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N
Dolor, presión en el pecho _____ <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	Caída del párpado _____ <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	Glaucoma _____ <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N
Articulaciones hinchadas y dolorosas _____ <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	Hemorragias nasales frecuentes _____ <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	SIDA _____ <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N
Dolor de garganta frecuente _____ <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	Visión borrosa _____ <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	Cáncer _____ <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N
Debilidad muscular, dolor _____ <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	Sangre en la orina _____ <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	Picazón, erupción _____ <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N
Dolor abdominal, úlceras _____ <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	Cambio de peso _____ <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	Fuma usted? _____ <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N
Depresión, preocupación excesiva _____ <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	Dolores de cabeza frecuentes _____ <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	Moretones con facilidad _____ <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N
Parestesias, entumecimiento _____ <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	Ataque de nervios _____ <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	La válvula mitral _____ <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N
Mareos, desmayos _____ <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	Transfusión de sangre _____ <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	Prolapso _____ <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N
Micción excesiva _____ <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	Hinchazón de tobillos _____ <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	

Para que podamos mantener el funcionamiento de nuestra oficina sobre principios sólidos y asegurarle a usted y a otros pacientes un tratamiento ininterrumpido, es necesario que todos los pacientes acepten y se adhieran a un arreglo definido de citas y honorarios. Una vez que haya hecho una cita, recuerde que esta hora está reservada para usted, por lo tanto: SI LA CANCELACIÓN ES ABSOLUTAMENTE NECESARIA, SE DEBE PRESENTAR CON AL MENOS 24 HORAS DE AVISO. DE LO CONTRARIO SE REALIZARÁ UN COBRO DE LA CUOTA HABITUAL POR EL SERVICIO QUE SE HAYA PRESTADO.

Date _____ Signature _____

Reviewed By _____