

# REGISTRO E HISTORIAL MEDICO DEL PACIENTE

Nombre de paciente: \_\_\_\_\_  
 Direccion: \_\_\_\_\_  
 Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Codico postal: \_\_\_\_\_  
 Telefono de hogar: \_\_\_\_\_ Telefono de trabajo: \_\_\_\_\_  
 Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Masculino: \_\_\_\_\_ Femenino: \_\_\_\_\_  
 Estado marital: \_\_\_\_\_ Estatura: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_  
 Lugar de empleo: \_\_\_\_\_ Ocupacion: \_\_\_\_\_  
 Numero de seguro social del paciente: \_\_\_\_\_  
 Nombre de seguro dental : \_\_\_\_\_ Telefono de seguro dental : \_\_\_\_\_  
 La persona encargada de seguro dental: \_\_\_\_\_  
 Seguro social de la persona encargada: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

¿Ha sido usted o alguien de su familia paciente de esta officina? \_\_\_\_\_ ¿Quien? \_\_\_\_\_

1. ¿Tiene dolor o alguna molestia? .....Si No
2. ¿Ha sido paciente de un hospital?.....Si No
3. ¿Ha tenido alguna operacion o cirujia?.....Si No
4. ¿Ha estado bajo el cuidado de algun medico en los ultimos dos anos?.....Si No

Nombre del doctor: \_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_

5. ¿Esta tomando alguna clase de medicamento a este momento?.....Si No  
 Si escribio Si, a note lo/s: \_\_\_\_\_

6. ¿Es usted alergico o ha tenido alguna reaccion adversa a algun medicamento o sustancia? .Si No  
 Si escribio Si, a note lo/s: \_\_\_\_\_

7. Por favor circule "Si" o "No" a cada una que tenga o halla tenido...

Fallos del corazon .....	Si No	Conces artificiales en las rodillas, etc.....	Si No
Ataques del corazon.....	Si No	Problemas de los rinones.....	Si No
Dolor de pecho o anginas.....	Si No	Ulceras.....	Si No
Condicion herediaria del corazon.....	Si No	Diabetis.....	Si No
Sonidos anormales del corazon.....	Si No	Tiroides.....	Si No
Alta presion.....	Si No	Glucoma.....	Si No
Endurecimiento de las arterias.....	Si No	Cirujia cosmetica.....	Si No
Valvula mitral fuera de lugar.....	Si No	Enfasima.....	Si No
Valvula del corazon artificial.....	Si No	Tos Cronica.....	Si No
Marca paso cardiaco.....	Si No	Tuberculosis.....	Si No
Cirujia del corazon.....	Si No	Asma o problemas respiratorios.....	Si No
Fiebre reumatica.....	Si No	Alergias o ronchas.....	Si No
Arthritis o reumatismo.....	Si No	Sinusitis.....	Si No
Adelgasador de la sangre.....	Si No	Terapias con radiacion.....	Si No
Medicina de cortisone.....	Si No	Quimoterapia.....	Si No
Adiccion a drogras.....	Si No	Hepatitis A, B, or C.....	Si No
Hepatitis B or C.....	Si No	Apoplejia o paralisis.....	Si No
Sangramiento abnormal.....	Si No	Cancer o tumor.....	Si No
Enfermedad venerea.....	Si No	SIDA.....	Si No
Fuegos en la boca.....	Si No	Transfusion de sangre.....	Si No
Hemofilia.....	Si No	Anemia.....	Si No
Deficiencia celular.....	Si No	Moretones en la piel.....	Si No
Enfermedad del higado.....	Si No	Fiebre amarilla.....	Si No
Golpe en la cabeza o dolores fuertes.....	Si No	Epilepsia.....	Si No
Mareos.....	Si No	Nerviosismo.....	Si No
Tratamiento psiquiatrico.....	Si No	Mentalmente deshabilitado.....	Si No
Dificultad con tratamiento dental.....	Si No	Otras enfermedades.....	Si No

Por favor explique si marco "Si": \_\_\_\_\_

Nombre de persona de notificar en caso de emergencia \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

Para mujeres solamente: Esta embarazada? \_\_\_\_\_ Cuantos meses? \_\_\_\_\_ Dando pecho? \_\_\_\_\_

Esta tomando anticonceptivo? \_\_\_\_\_

*Estoy conciente que es necesario contestar todas las preguntas anteriores con el proposito que se me provea con un servicio dental mas eficiente y las he contestado todas lo mejor posible.*

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_