

Historia y Registro Dental

1. INFORMACIÓN PARA EL PACIENTE

Nombre del Paciente _____
Apellido Primer Nombre Inicial del Segundo Nombre

Fecha _____ Cumpleaños _____

SS# / Seguro ID# _____ Sexo M F

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Teléfono de la Casa _____ Teléfono del Trabajo _____

Teléfono Móvil _____ Ocupación _____

Email _____ Estado Civil _____

Fuente de Referencia _____

Nota _____

2. EMPLEADOR / ESCUELA

Empleador/Escuela _____

Dirección _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Teléfono _____ Email _____

Nota _____

3. CONTACTO DE EMERGENCIA

Contacto de Emergencia _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Teléfono _____ Relación _____

4. INFORMACIÓN DEL SEGURO

Responsable Nombre del Partido _____

Relación con el Paciente _____

Compañía de Seguros _____

Nombre del Suscriptor _____

Número del Grupo _____ SS# _____

Cumpleaños _____ Otra Cobertura Si No

CESIÓN Y LIBERACIÓN

Certifico que tengo, y / o mi dependiente (s), tengo cobertura de seguro con: _____ y asignado directamente al Dr. _____ todos los beneficios del seguro. Si los hay, que mi seguro pague por los servicios prestados. Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos sean o no pagados por el seguro. Yo autorizo el uso de mi firma en todos los seguros presentaciones. El dentista antes mencionado puede usar mi información de atención de salud y podrá divulgar dicha información en la Empresa-nombrado arriba Seguros (s) y sus agentes con el fin de obtener el pago de servicios y la determinación de los beneficios del seguro o los beneficios pagaderos Este consentimiento terminará cuando mi plan de tratamiento actual a terminado o un año a partir de la fecha firmada abajo, por servicios relacionados.

Firma _____ Fecha _____

5. HISTORIA DENTAL

Razón de Visita de Hoy _____

Ex-Dentista _____ Teléfono _____ Última Fecha de la Radiografía _____

Última Limpieza _____ Last Dental Visit _____

¿Siente Dolor? Si No Si la respuesta es sí, por favor describa _____

¿Se siente entumecimiento, hinchazón, o cualquier otra sensibilidad? Si No Si la respuesta es sí, por favor describa _____

Comentarios adicionales sobre su historia dental pasada _____

Historia y Registro Dental

6. HISTORIA DE LA SALUD

Nombre del médico

Teléfono del Médico

¿Alguna vez ha tomado cualquiera de este grupo de medicamentos denominados colectivamente como " Fen-Phen ?" Estos incluyen combinaciones de Ionimin, Adipex, Fastin (nombres de marca de phentennlne), Pondimin (fenfluramina) y Redux (dexfenfluramina). Si No

Coloque una marca en "sí" o "no" para indicar si usted ha tenido alguno de los siguientes:

SIDA / VIH	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Epilepsia	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Tratamiento de radiación	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Anemia	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Desmayo o mareos	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Enfermedades respiratorias	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Artritis, Reumatismo	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Glaucoma	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Fiebre reumática	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Válvulas de corazón artificiales	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Dolores de cabeza	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Escarlatina	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Articulaciones artificiales	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Soplo cardíaco	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Dificultad para respirar	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Asma	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Problemas del corazón	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Problemas de sinusitis	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Problemas de espalda	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Tipo de la hepatitis __	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Sarpullido	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Sangrado anormal, con extracciones o cirugía	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Herpes	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Dieta especial	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Enfermedades de la sangre	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Hipertensión	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Derrame cerebral	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Cáncer	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Ictericia	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Inflamación en los pies o los tobillos	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Dependencia Química	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Dolor de mandíbula	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Glándulas del cuello inflamado	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Quimioterapia	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Enfermedad del riñón	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Problemas de la tiroides	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Problemas circulatorios	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Enfermedad hepática	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Amigdalitis	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Lesiones congénitas del corazón	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Hipotensión	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Tuberculosis	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Tratamientos de cortisona	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Prolapso de válvula mitral	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Tumor o crecimiento en Cabeza o cuello	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Tos, persistente o con sangre	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Problemas nerviosos	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Úlcera	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Diabetes	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	marcapasos	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Enfermedades venéreas	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Enfisema	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Atención psiquiátrica	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Pérdida de peso inexplicable	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

Mujeres: ¿Está embarazada? Si No En caso afirmativo fecha de vencimiento: _____ ¿Está lactando? Si No

7. MEDICAMENTOS Y ALERGIAS

Por favor liste todos los medicamentos que está tomando actualmente

Por favor liste cualquier alergia conocida _____

¿Es usted alérgico a cualquiera de los siguientes? Si No

Si la respuesta es sí, por favor circular: aspirina, barbitúricos (pastillas para dormir), la codeína, yodo, Látex, anestésico local, la penicilina

¿Otras alergias? Si No

8. ACTUALIZACIONES (para visitas futuras)

Fecha _____

Cambios en la historia clínica _____

Firma del paciente _____

Firma del Doctor _____

Fecha _____

Cambios en la historia clínica _____

Firma del paciente _____

Firma del Doctor _____