

Nombre del Paciente \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Indique su respuesta con un circulo alrededor de SI o NO. Sus respuestas son confidenciales y para uso exclusivo de nuestros expedientes. **SUS RESPUESTAS TIENE GRAN IMPORTANCIA PARA SU SALUD DENTAL.**

Sexo: \_\_\_\_\_ Estatura: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Raza: \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**Su Historial Médico**

1. Se encuentra en buena salud? .....	SI / NO	SI / NO	SI / NO	SI / NO
2. Ha habido algun cambio en su historial médico en el último año? .....	SI / NO	SI / NO	SI / NO	SI / NO
3. Aproximadamente, cuando fue su última visita al Médico? .....	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___
4. Está presentemente bajo cuidado médico? .....	SI / NO	SI / NO	SI / NO	SI / NO
Para qué condición(es)? .....	_____			
5. Nombre de su Doctor .....	_____			
Dirección.....	_____			
Teléfono.....	_____			
6. Ha tenido alguna enfermedad grave o alguna cirugía? .....	SI / NO	SI / NO	SI / NO	SI / NO
Por favor, explique: .....	_____			
7. Ha estado hospitalizado o tenido una enfermedad grave en los últimos 5 años? .....	SI / NO	SI / NO	SI / NO	SI / NO
Por favor explique: .....	_____			

**Su sistema cardiovascular**

CV1. Tiene, o alguna vez ha tenido alguna de las siguientes (indique con un círculo): .	SI / NO	SI / NO	SI / NO	SI / NO
Problemas del corazón	Ataque al corazón	Insuficiencia coronaria		
Derrame cerebral	Daño a las válvulas del corazón	Enfermedad coronaria congénita		
CV2. Enfermedad reumática del corazón o soplo del corazón? .....	SI / NO	SI / NO	SI / NO	SI / NO
CV3. Dolor en el pecho después de ejercitar? .....	SI / NO	SI / NO	SI / NO	SI / NO
CV4. Fatiga excesiva después de ejercitar? .....	SI / NO	SI / NO	SI / NO	SI / NO
CV5. Se le hinchan los tobillos? .....	SI / NO	SI / NO	SI / NO	SI / NO
CV5. Necesita almohadas adicionales para dormir? .....	SI / NO	SI / NO	SI / NO	SI / NO
CV7. Tiene marca paso cardiaco? .....	SI / NO	SI / NO	SI / NO	SI / NO
CV8. Tiene problemas de presión sanguínea? .....	SI / NO	SI / NO	SI / NO	SI / NO
Por favor, indique, .....	ALTA/BAJA	ALTA/BAJA	ALTA/BAJA	ALTA/BAJA

**Su sistema nervioso central**

CN1. Tiene, o alguna vez ha tenido:				
CN1A. Epilepsia? .....	SI / NO	SI / NO	SI / NO	SI / NO
CN1B. Desmayos? .....	SI / NO	SI / NO	SI / NO	SI / NO
CN1C. Convulsiones? .....	SI / NO	SI / NO	SI / NO	SI / NO
CN1D. Disturbios emocionales? .....	SI / NO	SI / NO	SI / NO	SI / NO
CN2. Está bajo tratamiento para alguna enfermedad de los nervios? .....	SI / NO	SI / NO	SI / NO	SI / NO

**Su sistema respiratorio**

RE1. Tiene tos persistente? ..	SI / NO	SI / NO	SI / NO	SI / NO
RE2. Tiene, o alguna vez ha tenido tuberculosis? .....	SI / NO	SI / NO	SI / NO	SI / NO
RE3. Hay historial de tuberculosis en su familia? .....	SI / NO	SI / NO	SI / NO	SI / NO
RE4. Tiene sinusitis o problemas de los senos nasales? .....	SI / NO	SI / NO	SI / NO	SI / NO
RE5. Tiene enfisema, bronquitis crónica, o asma (fatiga)? .....	SI / NO	SI / NO	SI / NO	SI / NO

**Su sistema digestivo**

G11. Tiene úlceras del estómago? .....	SI / NO	SI / NO	SI / NO	SI / NO
G12. Tiene, o ha tenido alguna vez:				
G12A. Hepatitis? .....	SI / NO	SI / NO	SI / NO	SI / NO
G12B. Bilirubina alta? ..	SI / NO	SI / NO	SI / NO	SI / NO

G12C. Enfermedad del hígado? .....	SI / NO	SI / NO	SI / NO	SI / NO
G13. Alguna vez ha vomitado sangre? .....	SI / NO	SI / NO	SI / NO	SI / NO
G14. Tiene diarreas? .....	SI / NO	SI / NO	SI / NO	SI / NO

### **Su sistema endocrinal**

EN1. Tiene diabetes? .....	SI / NO	SI / NO	SI / NO	SI / NO
EN2. Alguien en su familia tiene diabetes? .....	SI / NO	SI / NO	SI / NO	SI / NO
EN3. Orina mas de seis veces al día? .....	SI / NO	SI / NO	SI / NO	SI / NO
EN4. Padece de sed frecuentemente a siente la boca seca? .....	SI / NO	SI / NO	SI / NO	SI / NO
EN5. Tiene hipotiroidismo o hipertiroidismo? .....	SI / NO	SI / NO	SI / NO	SI / NO

### **Su sistema hematopoiético**

HB1. Tiene anemia, o algún desorden o enfermedad de la sangre? .....	SI / NO	SI / NO	SI / NO	SI / NO
HB2. Hay algún historial de enfermedades o desórdenes de la sangre en la familia? ...	SI / NO	SI / NO	SI / NO	SI / NO
HB3. Tiene hemofilia? .....	SI / NO	SI / NO	SI / NO	SI / NO
HB4. Ha tenido sangrado excesivo después de una cirugía, extracción o trauma? ....	SI / NO	SI / NO	SI / NO	SI / NO
HB5. Alguna vez le han hecho una transfusion de sangre? .....	SI / NO	SI / NO	SI / NO	SI / NO
HB6. Tiene problemas de inmunodeficiencia? .....	SI / NO	SI / NO	SI / NO	SI / NO

### **Sus alergias**

AL1. Es alérgico(a) ha o a tenido reacción adversa a:				
AL1A. Anestésias locales? .....	SI / NO	SI / NO	SI / NO	SI / NO
AL1B. Antibióticos, Penicilina, Drogas a base de Sulfa? .....	SI / NO	SI / NO	SI / NO	SI / NO
AL1C. Barbitúricos, sedantes, o pastillas de dormir? .....	SI / NO	SI / NO	SI / NO	SI / NO
AL1D. Aspirina? .....	SI / NO	SI / NO	SI / NO	SI / NO
AL1E. Yodo? .....	SI / NO	SI / NO	SI / NO	SI / NO
AL1F. Codeína ú otros narcóticos? .....	SI / NO	SI / NO	SI / NO	SI / NO
AL1G. Otro, por favor especifique: _____				
AL2. Tiene asma o alergias ambientales? .....	SI / NO	SI / NO	SI / NO	SI / NO
AL3. Tiene, o alguna vez ha tenido urticaria o irritación de la piel? .....	SI / NO	SI / NO	SI / NO	SI / NO

### **Su sistema genitourinario**

UR1. Tiene, o alguna vez ha tenido:				
UR1A. Problemas de los riñones? .....	SI / NO	SI / NO	SI / NO	SI / NO
UR1B. Sífilis gonorrea? .....	SI / NO	SI / NO	SI / NO	SI / NO

### **Sus huesos y coyunturas**

B11. Tiene:				
BJ1A. Artritis? .....	SI / NO	SI / NO	SI / NO	SI / NO
BJ1B. Reumatismo inflamatorio? .....	SI / NO	SI / NO	SI / NO	SI / NO
BJ1C. Infección de los hueso? .....	SI / NO	SI / NO	SI / NO	SI / NO
BJ1D. Osteoporosis? .....	SI / NO	SI / NO	SI / NO	SI / NO

### **Su neoplasma**

TR1. Tiene, a ha tenido alguna vez:				
TR1A. Tumor, masa o lesión maligna? .....	SI / NO	SI / NO	SI / NO	SI / NO
TR1B. Quimioterapia, o radioterapia? .....	SI / NO	SI / NO	SI / NO	SI / NO
Tiene, o ha tenido alguna vez CUALQUIER enfermedad, condición, o problema que NO hemos preguntado? .....	SI / NO	SI / NO	SI / NO	SI / NO
Por favor, explique: _____				
Esta expuesto regularmente a radiografias o CUALQUIER otro tipo de				
Radiación ionizante o substancia tóxica? .....	SI / NO	SI / NO	SI / NO	SI / NO
Tiene Glaucoma? .....	SI / NO	SI / NO	SI / NO	SI / NO
Cuál .....	WIDE/CLOSED	WIDE/CLOSED	WIDE/CLOSED	WIDE/CLOSED

Esta usando lentes de contacto? .....	SI / NO	SI / NO	SI / NO	SI / NO
Toma alcohol? .....	SI / NO	SI / NO	SI / NO	SI / NO
Qué cantidad y cuán amenuado? .....	_____			
Fuma tabaco? .....	SI / NO	SI / NO	SI / NO	SI / NO
Usa tabaco oral? .....	SI / NO	SI / NO	SI / NO	SI / NO
Qué cantidad y cuán amenuado? .....	_____			

**Sus medicamentos**

ME1. Está tomando alguno de los siguientes medicamentos:

ME1A. Antibióticos, o Drogas a base de Sulfa? .....	SI / NO	SI / NO	SI / NO	SI / NO
ME1B. Anticoagulantes, u otros medicamento que afectela coagulación? .....	SI / NO	SI / NO	SI / NO	SI / NO
ME1C. Medicamentos para alta presión? .....	SI / NO	SI / NO	SI / NO	SI / NO
ME1D. Tranquilizantes? .....	SI / NO	SI / NO	SI / NO	SI / NO
ME1E. Yodo? .....	SI / NO	SI / NO	SI / NO	SI / NO
ME1F. Codeína u otros narcóticos? .....	SI / NO	SI / NO	SI / NO	SI / NO
ME1G. Otro? Por favor enumere: .....	_____			

**Mujeres solamente**

Está embarazada? .....	SI / NO	SI / NO	SI / NO	SI / NO
Está lactando? .....	SI / NO	SI / NO	SI / NO	SI / NO
Tiene algún problema asociado a su periodo menstrual? .....	SI / NO	SI / NO	SI / NO	SI / NO
Está tomando contraceptivos orales, o terapia hormonal? .....	SI / NO	SI / NO	SI / NO	SI / NO

**Su historial dental**

Cuál es su queja dental primaria? \_\_\_\_\_

Está sitiendo incomodidad o dolor? .....	SI / NO	SI / NO	SI / NO	SI / NO
Está satisfecho(a) con la apariencia de sus dientes? .....	SI / NO	SI / NO	SI / NO	SI / NO
Puede mascar y comer sus alimentos satisfactoriamente? .....	SI / NO	SI / NO	SI / NO	SI / NO
Padece de dolor de cabeza, de oídos o de cuello? .....	SI / NO	SI / NO	SI / NO	SI / NO
Padece frecuentemente de problemas de los senos nasales? .....	SI / NO	SI / NO	SI / NO	SI / NO
Ha tenido algún problema serio asociado con cualquier tratamiento dental? .....	SI / NO	SI / NO	SI / NO	SI / NO

Por favor, explique \_\_\_\_\_

**Otras condiciones que no hemos mencionado**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Responsabilidad dental general y consentimiento**

Por este medio autorizo y doy consentimiento para recibir servicios dentales, tanto para mi como para: \_\_\_\_\_

También doy consentimiento para recibir cualquier procedimiento dental, medicamento o anestesia recomendada, y que ha de ser administrado por el dentista o sus empleados supervisados, con propósito diagnóstico o de tratamiento dental. Estos procedimientos pueden ancluir modelos, fotografías, radiografías, y estudios de sangre. Entiendo que estos expedientes son propiedad de el dentista, Eric Meeker, DDS, PA. También entiendo que los estimados para mi tratamiento dental son sólamente un estimado. Ocasionalmente, puede surgir la necesidad de modificar dicho tratamiento, en cuyo caso, me informarán de los cambios y/o adiciones a mi tratamiento y de cualquier modificación del costo del tratamiento que resulte de dichos cambios. Entiendo que yo soy responsable de pagar por los servicios que me sean proveídos a mi y/o a la(s) persona(s) aquí nombradas, aún cuando tengo seguro dental.

La información que he proveído en este formulario es veraz y correcta, a mi mejor entendimiento.

\_\_\_\_\_

Firma del paciente, Padre, Madre o Encargado(a)

\_\_\_\_\_

Fecha