

# HISTORIA MEDICA DE ADULTO

FAVOR DE COMPLETAR AMBOS LADOS DE ESTA HOJA

Nombre del paciente \_\_\_\_\_

(Primero, inicial del segundo, apellido)

## HOJA CLINICA: Padece o ha padecido de:

Sí	No	No lo se		Sí	No	No lo se	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SIDA o VIH	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Epilepsia, convulsiones, desmayos
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cáncer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alta o baja presión arterial
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Radioterapia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fiebre reumática
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas sangrando	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Válvulas artificiales en el corazón
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas de las sienas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas cardiacos o cirugía cardiaca
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Terapia con cortisona	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas cardiacos congénitos
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Asma, bronquitis o enfisema	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Soplos en el corazón
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabetis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Prolapso de la válvula mitral
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas de la glándula tiroides
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Artritis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tuberculosis
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hepatitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ulceras
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas de los riñones o el hígado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otro _____

Nombre de su doctor familiar \_\_\_\_\_

¿Está usted in buena salud? \_\_\_\_\_

¿Está usted bajo cuidado médico ahora?  Sí  No Si lo está describa la razón brevemente.

¿Ha sido usted hospitalizado u operado durante los últimos 5 años?  Sí  No

Si ha sido, describa la razón brevemente. \_\_\_\_\_

Medicamento que esté actualmente tomando (incluya medicinas que no requieren receta médica)

¿Es usted alérgico a alguna medicina o sustancia?  Sí  No

Aspirina  Tylenol  Codeina  Penicilina  Látex  Eritromicina

Tetraciclina  Anestesia dental  Otra \_\_\_\_\_

¿Está usted embarazada o cree que lo está?  Sí  No

¿Existen algunas otras condiciones médicas de las que debemos estar informados?

Fecha de su última visita al dentista \_\_\_\_\_ Fecha de su última limpieza dental \_\_\_\_\_

¿Ha tenido usted algún problema o complicación en sus previos tratamientos dentales?

Sí  No Si los ha tenido, descríbalos brevemente. \_\_\_\_\_

¿Por ahora, tiene usted problemas dentales?  Sí  No \_\_\_\_\_

La razón por su visita de hoy es: \_\_\_\_\_

Por medio de la presente autorizo a esta oficina dental para que suministre las medicinas, proceda con el apropiado diagnóstico y efectúe los procedimientos terapéuticos que sean necesarios para mi cuidado dental apropiado. La información en estas páginas así como mi historia dental/médica, son correctas de acuerdo con mis conocimientos. Otorgo también el derecho al dentista a que pase mi historia dental/médica y toda otra información sobre mi tratamiento dental a otro cubridor de los pagos y a otros profesionalistas médicos.

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

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

# INFORMACION PERSONAL

FAVOR DE COMPLETAR AMBOS LADOS DE ESTA HOJA

Nombre \_\_\_\_\_ Prefiero ser llamado \_\_\_\_\_  
(primero, inicial del segundo, apellido)

Domicilio \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Teléfono de su hogar (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Teléfono de su empleo (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

¿Podemos llamarle a su empleo?  Sí  No

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_  
(mes, día, año)

Empleado por \_\_\_\_\_ Ocupación \_\_\_\_\_

Número de Seguro Social \_\_\_\_\_ Número de licencia de manejar \_\_\_\_\_

Situación matrimonial:  Soltero  Casado  Divorciado  Viudo

Nombre de su esposo \_\_\_\_\_ Empleado por \_\_\_\_\_

Nombres de los hijos \_\_\_\_\_

¿Algún otro miembro de su familia es paciente de esta oficina? \_\_\_\_\_

¿A quién debemos su recomendación a nuestros servicios? \_\_\_\_\_

¿Tiene usted póliza de seguro dental?  Sí  No Póliza secundaria?  Sí  No

Nombre de su compañía de seguro primaria \_\_\_\_\_ Número de póliza \_\_\_\_\_

Nombre del empleado asegurado \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Número de su Seguro Social \_\_\_\_\_ (mes, día, año)

Nombre de su compañía de seguro secundaria \_\_\_\_\_ Número de póliza \_\_\_\_\_

Nombre del empleado asegurado \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Número de su Seguro Social \_\_\_\_\_ (mes, día, año)

**DOY/NO DOY** mi autorización para que los pagos requeridos se hagan directamente a esta oficina dental de parte de mi compañía de seguro por los beneficios a los que tengo derecho. Entiendo y acepto que soy responsable por todos los costos de este tratamiento dental. Cobros no cubiertos durante 30 días serán sujetos a un sobrecargo de 1.5% por mes (o un mínimo de \$2.00).

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

Agradecemos la oportunidad que nos ha dado para proveerle nuestros servicios dentales. Nuestra meta es el atenderle con la mejor calidad posible de servicios dentales. Por favor, con toda confianza haga toda pregunta que usted tenga relacionada al tratamiento dental y a los procedimientos de nuestra oficina. Esta oficina llena o excede todos los requisitos y procedimientos recomendados por el Centro del Control de Enfermedades, de la Asociación Dental Americana, y de la OSHA.