

Health History Form

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha de hoy

Nombre de la parte responsable

Fecha de nacimiento

Estado civil

Casado(a) Soltero(a) Separado(a) Divorciado(a) Viudo(a)

Edad

Teléfono de casa

Teléfono de móvil

Número de la licencia de conducir

Dirección de envío

Ciudad

Estado

Código postal

Employer

Teléfono del trabajo

Número de seguridad social

Correo electrónico

PARA PACIENTES NIÑOS

¿Tienes la custodia legal de este niño(a)?

Si No

Si no, información del tutor legal:

¿Tu relación con este niño(a)?

Madre Padre Tutor legal Padre/Madre adoptivo Otro

Si el tutor legal, el padre/madre adoptivo u otra persona tiene la custodia del niño, complete la sección **Información del tutor legal**.

INFORMACIÓN DE LA MADRE

Nombre

Fecha de nacimiento

Estado civil

Casado(a) Soltero(a) Separado(a) Divorciado(a) Viudo(a)

Teléfono de casa

Teléfono de móvil

Número de la licencia de conducir

Dirección de envío

Ciudad

Estado

Código postal

Empleador

Teléfono del trabajo

Número de seguridad social

Correo electrónico

PARA PACIENTES NIÑOS *(Continuado)*

INFORMACIÓN DEL PADRE

Nombre

Fecha de nacimiento

Estado civil

Casado(a) Soltero(a) Separado(a) Divorciado(a) Viudo(a)

Teléfono de casa

Teléfono de móvil

Número de la licencia de conducir

Dirección de envío

Ciudad

Estado

Código postal

Empleador

Teléfono del trabajo

Número de seguridad social

Correo electrónico

INFORMACIÓN DEL TUTOR LEGAL *Si el tutor legal, padre/madre adoptivo u otra persona tiene la custodia del niño, complete esta sección.*

Nombre

Fecha de nacimiento

Estado civil

Casado(a) Soltero(a) Separado(a) Divorciado(a) Viudo(a)

Teléfono de casa

Teléfono de móvil

Número de la licencia de conducir

Dirección de envío

Ciudad

Estado

Código postal

Empleador

Teléfono del trabajo

Número de seguridad social

Correo electrónico

INFORMACIÓN FAMILIAR

Por favor enumere otros miembros de la familia vistos por nosotros.

¿A quién podemos agradecer por recomendarle?

INFORMACIÓN DEL SEGURO

¿Tiene cobertura de ortodoncia?

Si No

En caso de sí, complete la sección **Seguro dental primario** a continuación.

SEGURO DENTAL PRIMARIO

Titular de la póliza

Nombre del titular de la póliza (si no es el paciente)

Yo Otro

Relación con el paciente

En otro caso, por favor especifica

Yo Cónyuge Padre/Madre Tutor legal Pareja Otro

Nombre del empleador

Teléfono del trabajo

Dirección del empleador

Ciudad

Estado

Código postal

Fecha de nacimiento del titular

La compañía de seguros

Número de grupo de seguro

Número de plan de seguro

Fecha efectiva

INFORMACIÓN DENTAL *Para las siguientes preguntas, marque (X) sus respuestas*

	Si	No		Si	No
¿Sus dientes son sensibles al frío, al calor, al sudor o a la presión?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Tiene dolores de oído o de cuello?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿La comida o el hilo dental quedan atrapados entre los dientes?..	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Tiene algún chasquido, chasquido o malestar en la mandíbula?..	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Tiene la boca seca?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Tiene bruxismo o rechina los dientes?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Ha recibido algún tratamiento periodontal (de las encías)?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Tiene llagas o úlceras en la boca?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Alguna vez ha tenido un tratamiento de ortodoncia (frenillos)?....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Usas dentaduras postizas o parciales?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Ha tenido alguna vez algún problema asociado con un tratamiento dental anterior?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Participa en actividades recreativas que son activas?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿El suministro de agua de su hogar está fluorado?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Ha tenido alguna vez una lesión grave en la cabeza o la boca?..	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Bebes agua embotellada o filtrada?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fecha de su último examen	<input type="text"/>	
En caso afirmativo, ¿con qué frecuencia?			¿Qué se hizo en ese momento?	<input type="text"/>	
<input type="checkbox"/> DIARIO <input type="checkbox"/> SEMANAL <input type="checkbox"/> OCASIONALMENTE			Fecha de las últimas radiografías dentales	<input type="text"/>	
¿Tiene actualmente dolor o malestar dental?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Razón de la visita	<input type="text"/>	

Queja principal

INFORMACIÓN MÉDICA Para las siguientes preguntas, marque (X) sus respuestas

¿Está actualmente bajo el cuidado de un médico?..... Si No

Nombre del medico

Teléfono

Dirección/Ciudad/Estado/Código postal

¿Goza de buena salud?..... Si No

¿Ha habido algún cambio en su salud general durante el último año?..... Si No

Si es así, ¿qué condición se está tratando?

Fecha del último examen físico

Para las siguientes preguntas, marque (X) sus respuestas

¿Usa sustancias controladas (drogas)?..... Si No

¿Usa tabaco (fumar, rapé, mascar, bidis)?..... Si No

Si es así, ¿qué interés tiene en parar?

MUCHO POCO SIN INTERÉS

¿Bebes bebidas alcohólicas?..... Si No

En caso afirmativo, ¿cuánto ha bebido en las últimas 24 horas?

Reemplazo de la articulación: ¿Ha tenido alguna vez un reemplazo ortopédico total de articulación (cadera, rodilla, codo, dedo)?..... Si No

En caso afirmativo, ¿fecha?

En caso afirmativo, ¿ha tenido alguna complicación?

Alergias: ¿Es alérgico o ha tenido una reacción a:

Anestésicos locales..... Si No

Aspirina..... Si No

Penicilina u otros antibióticos..... Si No

Barbitúricos, sedantes o pastillas para dormir..... Si No

Drogas sulfa..... Si No

Codeína u otros narcóticos..... Si No

¿Ha tenido una enfermedad grave, una operación o ha estado hospitalizado en los últimos 5 años?..... Si No

En caso afirmativo, ¿cuál fue la enfermedad o el problema?

¿Toma anticoagulantes?..... Si No

¿Toma aspirina con regularidad?..... Si No

¿Está tomando o ha tomado recientemente algún medicamento recetado o de venta libre?..... Si No

En caso afirmativo, enumere todas las medicaciones. Incluye las vitaminas, las preparaciones naturales o herbales y/o los suplementos dietéticos:

SOLO MUJERES Estás: Si No

¿Embarazada?..... Si No

Numero de semanas

¿Tomando píldoras anticonceptivas o reemplazos hormonales?..... Si No

¿Amamantando?..... Si No

..... Si No

En caso afirmativo, por favor especifique

