

# HISTORIA MEDICA DEL PACIENTE

# \_\_\_\_\_

**NOMBRE:** \_\_\_\_\_ Fecha de Nac. \_\_\_\_\_ Tel. de la casa \_\_\_\_\_

(Apellido)

(Nombre)

Tel. del Trabajo \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ No. de Seguro Social: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

(Calle)

(Ciudad)

(Estado)

(Codigo Postal)

Marque lo apropiado:  Menor  Soltero/a  Casado/a  Divorciado/a  Viudo/a  Separado/a**PERSONA RESPONSABLE:** \_\_\_\_\_ Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de Nac. \_\_\_\_\_ No. de Licencia # \_\_\_\_\_ No. de Seguro Social: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Tel de la casa: \_\_\_\_\_

Nombre y Dirección del pariente mas cercano: \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_

(En caso de Emergencia)

Correo electrónico \_\_\_\_\_ Referido por: \_\_\_\_\_

## HISTORIA MEDICA

ESTADO DE SALUD (por favor marque): EXCELLENTE  BUENA  REGULAR  POBRE Esta bajo tratamiento médico? Sí  No 

Fecha del último examen \_\_\_\_\_

Nombre del doctor \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Esta tomando algun medicamento? Sí  No 

Que medicamentos? \_\_\_\_\_

Requiere antibióticos antes de algún tratamiento dental? Sí  No  Fuma,ingiere bebidas alcoholicas, cocaína u otras drogas? Sí  No Ha sido hospitalizado alguna vez debido a un procedimiento quirúrgico o una enfermedad grave? Sí  No Es alérgico a: Penicilina  Codeína  Anestésicos locales  Látex  Yodo  Aspirina  Medicamentos  Otro \_\_\_\_\_  
a base de sulfa**Si es mujer:** Esta embarazada? Sí  No  Esta dando el pecho a su bebé? Sí  No  Esta tomando pastillas anticonceptivas? Sí  No **NOTA: Los antibióticos pueden hacer ineficaz el trabajo de las píldoras anticonceptivas.**

## Padece o ha padecido de alguna de las siguientes enfermedades o dolencias?

**Sí No**  Enfermedad del corazón  Fiebre reumática  Presion baja/alta  Angina/Dolor en el pecho  Enfisema  Soplo cardíaco  Marcapaso cardíaco  Anemia  Lesiones cardíacas congénitas  Ulceras/Problemas estomacales  Ataque cardíaco  Pérdida de peso reciente**Sí No**  Tuberculosis  Diabetes  Terapia de radiación  Mareos/Ataques repentinos  Enfermedades venéreas  Infección de SIDA o VIH  Hepatitis/Ictericia  Enfermedad del hígado  Enfermedad de los riñones  Asma/Problemas respiratorios  Fiebre de Heno/Alergias  Tobillos hinchados**Sí No**  Problemas con los senos maxilares  Artritis  Apoplejia  Glaucoma  Reemplazo de articulación o implante  Leucemia/Cáncer  Sangramiento Prolongado  Problema de Tiroides  Infección/Enfermedad contagiosa  Cansancio Frecuente  Ataques de falta de aire  Otros \_\_\_\_\_

## CONSENTIMIENTO DE LA INFORMACION

1. Yo soy responsable de TODOS los cargos relacionados con los servicios rendidos.
2. Yo concedo por este medio autoridad a los dentistas a cargo de mi cuidado para administrar cualquier anestésico o medicamento y para realizar los procedimientos que sean necesarios en el diagnóstico y el tratamiento de mi caso. He sido informado de los riesgos, las ventajas, alternativas y las consecuencias posibles del tratamiento propuesto y autorizo dicho tratamiento.
3. El tratamiento dental puede incluir los exámenes, radiografías,limpieza, el tratamiento de la enfermedad de las encías, rellenos, tratamientos de conducto y los prostodónticos generalmente con anestesia local.Si la cavidad en el diente es muy profunda, el retiro del nervio o del diente puede ser necesario. Quisiéramos proveerle la información completa con respecto a los riesgos y a las ventajas de su tratamiento dental.

**Firmado** X

Firma del Paciente o Padre si es menor

Fecha \_\_\_\_\_ (Continua al dorso)

## HISTORIA DENTAL

Razón de su visita: \_\_\_\_\_ Cuando fue su última visita al dentista? \_\_\_\_\_

Nombre del dentista anterior: \_\_\_\_\_ Cuando fue su último tratamiento? \_\_\_\_\_

¿Ha tenido algun problema asociado al tratamiento anterior? Sí  No

Si es así, por favor explique: \_\_\_\_\_

¿Cuántas veces se cepilla los dientes al día? \_\_\_\_\_ ¿Cuántas veces se pasa el hilo dental? \_\_\_\_\_

¿Que textura de cepillo usa?  SUAVE  MEDIANO  DURO  NYLON  NATURAL

¿Siente usted punzadas o dolor cuando sus dientes entran en contacto con:  Caliente  Frio  Dulce  Ácido

¿Sangran sus encías cuando se cepilla los dientes?  Sí  No  ¿Se sienten sensibles o hinchadas sus encías?  Sí  No

¿Mastica solo de un lado de la boca?  Sí  No  ¿Muerde sus labios o el interior de las mejillas frecuentemente?  Sí  No

¿Ha sufrido extracciones difíciles en el pasado?  Sí  No  ¿Padece de dolores de cabeza frecuentes?  Sí  No

¿Aprieta o cruje sus dientes mientras duerme o durante el día?  Sí  No  ¿Ha sangrado prolongadamente después de una extracción?  Sí  No

¿Ha recibido instrucción sobre el método correcto de cepillarse los dientes? Yes  No

¿Alguna vez ha padecido de alguno de los siguientes problemas en la mandíbula?:

Ruidos ligeros  Dolor(en la articulacion,el oído, o en el lado de la cara)?  Dificultad al abrir o cerrar la boca?  Dificultad al masticar?

¿Hay algo que quiera cambiar en su sonrisa? Sí  No

Explique: \_\_\_\_\_

Por favor agregue algo que usted considere importante: \_\_\_\_\_

## INFORMACION SOBRE EL SEGURO

Nombre del asegurado \_\_\_\_\_ Parentesco con el paciente \_\_\_\_\_

Empleador \_\_\_\_\_ Dirección \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo \_\_\_\_\_

Compañía aseguradora \_\_\_\_\_ No. de Grupo \_\_\_\_\_

Seguro Adicional? Sí  No

Nombre del asegurado \_\_\_\_\_ Parentesco con el paciente \_\_\_\_\_

Empleador \_\_\_\_\_ Dirección \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo \_\_\_\_\_

Compañía aseguradora \_\_\_\_\_ No. de Grupo \_\_\_\_\_

Si el paciente es estudiante nombre la Escuela/Universidad \_\_\_\_\_

Yo, el que aqui firma, autorizo a mi compañía de seguro a la liberación de cualquier información incluyendo el diagnóstico y los expedientes de cualquier tratamiento o exámenes rendidos.

Esta liberación es solamente con el fin de facilitar el cobro y el reembolso, directamente al proveedor dental, de los beneficios del seguro sobre el cual tengo derecho.

X

FECHA

FIRMA

## ACTUALIZACIONES ANUALES DEL HISTORIAL MEDICO

Yo he revisado la HISTORIA MEDICA adjunta, mi informacion de salud (o la del paciente) ha cambiado como sigue (si no hay cambios escriba "SIN CAMBIOS"):

X

Firma del Paciente (o Guardian)

Fecha

Actualizacion revizada por el Dr.

Yo he revisado la HISTORIA MEDICA adjunta, mi informacion de salud (o la del paciente) ha cambiado como sigue (si no hay cambios escriba "SIN CAMBIOS"):

X

Firma del Paciente (o Guardian)

Fecha

Actualizacion revizada por el Dr.

Yo he revisado la HISTORIA MEDICA adjunta, mi informacion de salud (o la del paciente) ha cambiado como sigue (si no hay cambios escriba "SIN CAMBIOS"):

X

Firma del Paciente (o Guardian)

Fecha

Actualizacion revizada por el Dr.