

## HISTORIA DENTAL DEL PACIENTE

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

Por favor indique el idioma que prefiere hablar \_\_\_\_\_

(Somos requeridos por la ley (CA Health Safety Code AB800, Section 123147) pedir esta informacion)

Visita de Emergencia: Si \_\_\_\_ No \_\_\_\_ 1ra Visita al Dentista Si \_\_\_\_ No \_\_\_\_ Niño \_\_\_\_ Niña \_\_\_\_

Nombre de Dentista anterior: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_

Han sido nuestros pacientes otros miembros de su familia? Si \_\_\_\_ No \_\_\_\_

Por favor provea sus nombres: \_\_\_\_\_

Problema dental presente (si alguno): \_\_\_\_\_

Ha tenido el paciente alguna mala experiencia dental? Si \_\_\_\_ No \_\_\_\_

Por favor explique: \_\_\_\_\_

Cómo se enteró de nosotros?  Television  Periódico  Directorio  Internet  Feria De Salud  
 Otro \_\_\_\_\_

Contacto de Emergencia/Relación: \_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_

## HISTORIA MEDICA

*Las siguientes respuestas son confidenciales.*

*Su respuesta correcta nos ayudara a proveer el mejor cuidado dental. Gracias.*

Esta el paciente en buena salud? Si \_\_\_\_ No \_\_\_\_ Explique: \_\_\_\_\_

Ha habido algun cambio en la salud del paciente este ultimo año? Si \_\_\_\_ No \_\_\_\_

Cuando fue el ultimo examen fisico? \_\_\_\_\_ Nombre del doctor (a) \_\_\_\_\_

Esta el paciente bajo el cuidado de un medico? Si \_\_\_\_ No \_\_\_\_

Diganos la condicion medica: \_\_\_\_\_

Nombre del doctor: \_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_

Direccion: \_\_\_\_\_

Esta el paciente tomando alguna medicina? Si \_\_\_\_ No \_\_\_\_

Nombre de medicina (s): \_\_\_\_\_

Ha estado el paciente hospitalizado en los ultimos 5 años? Si \_\_\_\_ No \_\_\_\_

Por qué razon?: \_\_\_\_\_

Ha el paciente tenido sangrado anormal durante extracciones, cirugias, o trauma? Si \_\_\_\_ No \_\_\_\_

Por favor explique: \_\_\_\_\_

Ha tenido el paciente cirugia o radiacion para un tumor, malformación u otra condicion? Si \_\_\_\_ No \_\_\_\_

Por favor explique: \_\_\_\_\_

## TIENE Ó A TENIDO EL PACIENTE ALGUNA DE LAS SIGUIENTES?

Fiebre Reumatica	Si	No	Diabetes	Si	No	Dificultad para Respirar con Ejercicio	Si	No
Enfermedad de Corazon Reumatica	Si	No	Artritis	Si	No	Hepatitis, Enfermedad del Hgado	Si	No
Enfermedad Congenita del Corazon	Si	No	Ulceras Estomacales	Si	No	Enfermedad de La Sangre como Anemia	Si	No
Enfermedad Cardiovascular	Si	No	Enfermedad del Riñon	Si	No	Otro _____		
Soplo de Corazon	Si	No	Tuberculosis	Si	No			
Alergias	Si	No	Tos Persistente	Si	No			
Sinusitis	Si	No	Tose con Sangre	Si	No			
Asma	Si	No	Enfermedad de Immuodeficiencia	Si	No			
Urticaria	Si	No	Moretea Facilmente	Si	No			
Desmayo	Si	No	Nacimiento Prematuro	Si	No			

**ESTA EL PACIENTE RUTINARIAMENTE TOMANDO ALGUNO DE LOS SIGUIENTES MEDICAMENTOS?**

Antibioticos o Sulfa	Si	No	Insulina			Otro _____
Cortisona	Si	No	o Medicina Parecida	Si	No	_____
Tranquilizantes	Si	No	Ritalina	Si	No	_____
Antihistaminicos	Si	No	Anticoagulantes	Si	No	_____
Aspirina	Si	No	Digoxin			_____
			o Medicina Para el Corazon	Si	No	_____

**HISTORIA DE REACCION ALERGICA DEL PACIENTE O FAMILIAR**

Latex	Si	No	Aspirina	Si	No	Otro _____
Anestesia Local	Si	No	Penicilina			_____
Medicina con Sulfa	Si	No	o Otro Antibiotico	Si	No	_____
Barbituricos	Si	No	Codeina	Si	No	_____
Sedativos	Si	No	o Otro Narcotico	Si	No	_____
Medicina para Dormir	Si	No				_____

Usa o a usado el paciente bisphosphonate? Si \_\_\_\_ No \_\_\_\_

Tiene el paciente alguna condicion medica no mencionada? Si \_\_\_\_ No \_\_\_\_

Por favor explique: \_\_\_\_\_

Tiene el paciente necesidades especiales? Si \_\_\_\_ No \_\_\_\_

Por favor explique: \_\_\_\_\_

Yo certifico que he leído lo anterior y he llenado este cuestionario completamente. Les he informado de todos los problemas medicos de los que soy conciente. Yo doy consentimiento a los Doctores Chiang, Morris, Murillo, Saisho, Asociados y personal para hacer diagnostico dental incluyendo rayos-X, limpieza de dientes, examen oral, y aplicacion de fluoruro en los dientes. Yo entiendo que antes de cualquier tratamiento adicional que sea necesario sere informado para dar consentimiento.

Firma de Padres/Apoderado Legal	Nombre de Padres/Apoderado Legal	Fecha	Hora
---------------------------------	----------------------------------	-------	------

**FOR DENTISTS ONLY**

**Patient Resume:**

**Hospitalizations:**

**Surgeries:**

**Medications:**

**Allergies:**

**Medical Alert:**

**A.S.A. I, II, III, IV**

**Medical Consults Requested**

Signature of Dentist	Date	Time	
----------------------	------	------	--