

INFORMACION SOBRE EL PACIENTE**CONFIDENCIAL**

PACIENTE No. _____

(Escriba en Letra de Imprenta)

Fecha _____

Nombre _____ Fecha de Nacimiento _____ Teléfono de la Casa _____
Nombre Inicial Apellido

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Marque la Casilla Apropiaada: ☐ MENOR ☐ SOLTERO ☐ CASADO ☐ DIVORCIDO ☐ VIUDO ☐ SEPARADO

Empleador del Paciente o de sus Padres _____ Teléfono del Trabajo _____

Dirección del Negocio _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Nombre de la Esposa o de los Padres _____ Empleador _____ Teléfono del Trabajo _____

Si el Paciente es Estudiante, Nombre de la Escuela/Universidad _____ Ciudad _____ Estado _____

¿A Quién Debemos Agradecer que Nos Lo Haya Referido? _____

Persona a Quién Debemos Avisar en Caso de Emergencia _____ Teléfono _____

PERSONA RESPONSABLENombre de la Persona Responsable de esta Cuenta _____ PARENTESCO
CON EL PACIENTE _____

Dirección _____ Teléfono de la Casa _____

No. de la Licencia de Conducir _____ Fecha de Nacimiento _____ Institución Financiera _____

Empleador _____ Teléfono del Trabajo _____

¿Es esta persona actualmente un paciente de nuestra oficina? ☐ Sí ☐ No**INFORMACION SOBRE EL SEGURO**Nombre del Asegurado _____ PARENTESCO
CON EL PACIENTE _____

Fecha de Nacimiento _____ Número de Seguro Social _____ Fecha en que fue Empleado _____

Nombre del Empleador _____ Teléfono del Trabajo _____

Dirección del Empleador _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Compañía Aseguradora _____ Grupo No. _____ Unión o Local No. _____

Dirección de la cía. aseg. _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

¿Cuánto es su deducible? _____ ¿Qué cantidad ha utilizado? _____ ¿Beneficio anual max.? _____

¿TIENE USTED ALGUN SEGURO ADICIONAL? ☐ SI ☐ NO SI LO TIENE, COMPLETE LO SIGUIENTE:Nombre del Asegurado _____ PARENTESCO
CON EL PACIENTE _____

Fecha de Nacimiento _____ Número de Seguro Social _____ Fecha en que fue Empleado _____

Nombre del Empleador _____ Teléfono del Trabajo _____

Dirección del Empleador _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Compañía Aseguradora _____ Grupo No. _____ Unión o Local No. _____

Dirección de la cía. aseg. _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

¿Cuánto es su deducible? _____ ¿Qué cantidad ha utilizado? _____ ¿Beneficio anual max.? _____

X

FIRMA

FIRMA DEL PACIENTE O DEL PADRE SI SE TRATA DE UN MENOR

© 1993 Colwell Systems, Champaign, IL Form #37-14

Aldo E. Sordelli, DDS, MSD
1035 Dairy Ashford, Suite 234
Houston, Texas 77079

Nombre del Paciente _____ Dirección Residencial _____ Dirección del Trabajo _____	Fecha de Hoy _____ Fecha de Nacimiento _____ Teléfono de la Casa _____ Teléfono del Trabajo _____ Número de Seguro Social _____
--	--

Nombre Del Paciente

HISTORIA MEDICA DEL PACIENTE

Médico _____ Teléfono de la Oficina _____ Fecha del Último Examen _____

- | | | | | |
|--|--|---|--|--|
| <p style="text-align: center;">Sí No</p> <p>1. ¿Está actualmente bajo tratamiento médico? ☐ ☐</p> <p>2. ¿Ha sido hospitalizado alguna vez debido a un procedimiento quirúrgico o una enfermedad grave? ☐ ☐</p> <p>3. ¿Está tomando algún medicamento, incluyendo medicinas sin receta? ☐ ☐</p> <p style="margin-left: 20px;">Si afirmativo, ¿cuáles son? _____</p> <p>4. ¿Usted fuma? ☐ ☐</p> <p>5. ¿Ingrede bebidas alcohólicas, cocaína u otras drogas? ☐ ☐</p> <p>6. ¿Usa usted lentes de contacto? ☐ ☐</p> | <p>7. ¿Es usted alérgico o ha tenido alguna reacción a alguno de los siguientes medicamentos?</p> <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 33%;"> <p style="text-align: center;">Sí No</p> <p>☐ ☐ Anestésicos Locales (por ejemplo, novocaína)</p> <p>☐ ☐ Penicilina u otros antibióticos</p> <p>☐ ☐ Medicamentos a base de sulfá</p> </td> <td style="width: 33%;"> <p style="text-align: center;">Sí No</p> <p>☐ ☐ Barbitúricos</p> <p>☐ ☐ Sedantes</p> <p>☐ ☐ Yodo</p> </td> <td style="width: 33%;"> <p style="text-align: center;">Sí No</p> <p>☐ ☐ Aspirina</p> <p>☐ ☐ Otro _____</p> </td> </tr> </table> <p>8. Si Es Mujer:</p> <p>a) ¿Está usted o cree que podría estar en estado de embarazo? ☐ ☐</p> <p>b) ¿Está dando el pecho a su bebé? ☐ ☐</p> <p>c) ¿Está tomando píldoras anticonceptivas? ☐ ☐</p> | <p style="text-align: center;">Sí No</p> <p>☐ ☐ Anestésicos Locales (por ejemplo, novocaína)</p> <p>☐ ☐ Penicilina u otros antibióticos</p> <p>☐ ☐ Medicamentos a base de sulfá</p> | <p style="text-align: center;">Sí No</p> <p>☐ ☐ Barbitúricos</p> <p>☐ ☐ Sedantes</p> <p>☐ ☐ Yodo</p> | <p style="text-align: center;">Sí No</p> <p>☐ ☐ Aspirina</p> <p>☐ ☐ Otro _____</p> |
| <p style="text-align: center;">Sí No</p> <p>☐ ☐ Anestésicos Locales (por ejemplo, novocaína)</p> <p>☐ ☐ Penicilina u otros antibióticos</p> <p>☐ ☐ Medicamentos a base de sulfá</p> | <p style="text-align: center;">Sí No</p> <p>☐ ☐ Barbitúricos</p> <p>☐ ☐ Sedantes</p> <p>☐ ☐ Yodo</p> | <p style="text-align: center;">Sí No</p> <p>☐ ☐ Aspirina</p> <p>☐ ☐ Otro _____</p> | | |

9. ¿Padece o ha padecido de alguna de las siguientes enfermedades o dolencias?

- | | | |
|---|--|---|
| <p style="text-align: center;">Sí No</p> <p>☐ ☐ Hipertensión</p> <p>☐ ☐ Ataque Cardíaco</p> <p>☐ ☐ Fiebre Reumática</p> <p>☐ ☐ Tobillos Hinchados</p> <p>☐ ☐ Mareos/Ataques Repentinos</p> <p>☐ ☐ Asma</p> <p>☐ ☐ Hipotensión</p> <p>☐ ☐ Epilepsia/Convulsiones</p> <p>☐ ☐ Leucemia</p> <p>☐ ☐ Diabetes</p> <p>☐ ☐ Enfermedad de los riñones</p> <p>☐ ☐ Infección de SIDA o HIV</p> <p>☐ ☐ Problema de Tiroides</p> | <p style="text-align: center;">Sí No</p> <p>☐ ☐ Enfermedad del Corazón</p> <p>☐ ☐ Marcapaso Cardíaco</p> <p>☐ ☐ Soplo Cardíaco</p> <p>☐ ☐ Angina</p> <p>☐ ☐ Cansancio Frecuente</p> <p>☐ ☐ Anemia</p> <p>☐ ☐ Enfisema</p> <p>☐ ☐ Cáncer</p> <p>☐ ☐ Artritis</p> <p>☐ ☐ Reemplazo de Articulación o Implante</p> <p>☐ ☐ Hepatitis/Íctericia</p> <p>☐ ☐ Enfermedades Venéreas</p> <p>☐ ☐ Problemas Estomacales/Ulceras</p> | <p style="text-align: center;">Sí No</p> <p>☐ ☐ Dolor en el Pecho</p> <p>☐ ☐ Ataques de Falta de Aire</p> <p>☐ ☐ Apoplejía</p> <p>☐ ☐ Fiebre de Heno/Alergias</p> <p>☐ ☐ Tuberculosis</p> <p>☐ ☐ Terapia de Radiación</p> <p>☐ ☐ Glaucoma</p> <p>☐ ☐ Pérdida de Peso Reciente</p> <p>☐ ☐ Enfermedad del Hígado</p> <p>☐ ☐ Problema del Corazón</p> <p>☐ ☐ Problemas respiratorios</p> <p>☐ ☐ Otro _____</p> |
|---|--|---|

Observaciones

Firma del Dentista _____

Fecha _____

HISTORIA DENTAL DEL PACIENTE

- | | |
|--|--|
| <p style="text-align: center;">Sí No</p> <p>1. ¿Le sangran las encías cuando se cepilla los dientes o usa hilo dental? ☐ ☐</p> <p>2. ¿Son sus dientes sensibles a líquidos o alimentos fríos o calientes? ☐ ☐</p> <p>3. ¿Son sus dientes sensibles a líquidos o alimentos dulces o ácidos? ☐ ☐</p> <p>4. ¿Siente dolor en alguno de los dientes? ☐ ☐</p> <p>5. ¿Tiene alguna herida o abultamiento en o alrededor de la boca? ☐ ☐</p> <p>6. ¿Ha sufrido alguna vez una lesión en la cabeza, en el cuello o en la mandíbula? ☐ ☐</p> <p>7. ¿Alguna vez ha padecido de alguno de los siguientes problemas en la mandíbula?</p> <p style="margin-left: 20px;">a) ¿Ruidos ligeros? ☐ ☐</p> <p style="margin-left: 20px;">b) ¿Dolor (en la articulación, el oído, o en el lado de la cara)? ☐ ☐</p> <p style="margin-left: 20px;">c) ¿Dificultad al abrir o cerrar la boca? ☐ ☐</p> <p style="margin-left: 20px;">d) ¿Dificultad al masticar? ☐ ☐</p> | <p style="text-align: center;">Sí No</p> <p>8. ¿Padece usted de dolores de cabeza frecuentes? ☐ ☐</p> <p>9. ¿Apretía o cruje usted los dientes? ☐ ☐</p> <p>10. ¿Se muerde los labios o el interior de las mejillas con frecuencia? ☐ ☐</p> <p>11. ¿Ha sufrido extracciones difíciles en el pasado? ☐ ☐</p> <p>12. ¿Se le ha practicado algún trabajo de ortodoncia? ☐ ☐</p> <p>13. ¿Ha sangrado prolongadamente después de una extracción? ☐ ☐</p> <p>14. ¿Ha recibido instrucción sobre el método correcto de cepillarse los dientes? ☐ ☐</p> <p>15. ¿Ha recibido instrucción sobre el cuidado de las encías? ☐ ☐</p> |
|--|--|

FIRMA

X

Paciente, Madre/Padre, o Responsable

Fecha _____

Certifico que he leído y entendido la información anterior. Las preguntas anteriores han sido contestadas con exactitud, a mi mejor saber y entender. Entiendo que suministrar información incorrecta puede ser peligrosa para mi salud.