

## Inscripción de Pacientes y su Historia Médica

Fecha \_\_\_\_\_ Teléfono de la casa \_\_\_\_\_ Teléfono celular \_\_\_\_\_

Paciente

NOMBRE \_\_\_\_\_ APELLIDO \_\_\_\_\_ NOMBRE PREFERIDO \_\_\_\_\_  
Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Sexo \_\_\_ Masculino \_\_\_ Feminine \_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_  
Mes \_\_\_\_\_ Día \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_

\_\_\_ Soltero (-a) \_\_\_ Casado (-a) \_\_\_ Viudo (-a) \_\_\_ Divorciado (-a)/Separado (-a) \_\_\_\_\_

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

Dirección del trabajo \_\_\_\_\_ Teléfono de la empresa \_\_\_\_\_

Nombre del cónyuge \_\_\_\_\_ Cónyuge empleado por \_\_\_\_\_

Ocupación del cónyuge \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo del cónyuge \_\_\_\_\_

¿Quién es responsable de esta cuenta? \_\_\_\_\_ Relación con el paciente \_\_\_\_\_

Social Security # \_\_\_\_\_ Social Security # del cónyuge o del padre \_\_\_\_\_

Nombre de la compañía de seguro dental \_\_\_\_\_ ID # \_\_\_\_\_ Group # \_\_\_\_\_

En caso de emergencia, ¿Quién debemos notificar? \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

¿A quién le damos las gracias por su referencia a nuestra oficina? \_\_\_\_\_

### Historia Médica

Nombre y teléfono del médico \_\_\_\_\_ Fecha del último examen físico \_\_\_\_\_

¿Alguna vez ha tenido usted alguno de los siguientes? (Marque los que aplican)

<input type="checkbox"/> Problemas del corazón	<input type="checkbox"/> Epilepsia	<input type="checkbox"/> Dieta especial
<input type="checkbox"/> Presión arterial alta	<input type="checkbox"/> Dolores de cabeza	<input type="checkbox"/> Inflamación de las glándulas del cuello
<input type="checkbox"/> Presión arterial baja	<input type="checkbox"/> Hepatitis A,B, o C, ictericia o enfermedad del hígado	<input type="checkbox"/> Fiebre reumática
<input type="checkbox"/> Problemas circulatorios	<input type="checkbox"/> Cáncer	<input type="checkbox"/> Problemas de sinusitis
<input type="checkbox"/> Problemas nerviosos	<input type="checkbox"/> Tratamiento psiquiátrico	<input type="checkbox"/> SIDA, VIH, u otra enfermedad inmunitaria
<input type="checkbox"/> Tratamiento de radiación	<input type="checkbox"/> Tratamiento de diarrea crónica	<input type="checkbox"/> Infarto cerebral
<input type="checkbox"/> Válvulas cardíacas artificiales o articulaciones artificiales	<input type="checkbox"/> Alergias a la anestesia	<input type="checkbox"/> úlcera
<input type="checkbox"/> Reciente pérdida de peso	<input type="checkbox"/> Alergias a medicina o a drogas	<input type="checkbox"/> Enfermedades venéreas (ETS)
<input type="checkbox"/> Problemas de espalda	<input type="checkbox"/> Alergias general	<input type="checkbox"/> Dependencia de sustancias químicas
<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Enfermedad de la sangre	<input type="checkbox"/> Hemofilia
<input type="checkbox"/> Artritis		<input type="checkbox"/> Enfermedades respiratorias

¿Tiene alguna alergia a medicamentos o alguna vez ha tenido una reacción adversa a algún medicamento? \_\_\_\_\_

Si es así, ¿Cual medicamento? \_\_\_\_\_

¿Alguna vez ha respondido negativamente a tratamiento médico o dental? \_\_\_\_\_

¿Está tomando actualmente algún medicamento? \_\_\_\_\_

Si es así, ¿Cual medicamento? \_\_\_\_\_

¿Está usted bajo el cuidado de un médico? \_\_\_\_\_ ¿Por que condiciones? \_\_\_\_\_

Si el paciente es un niño, ¿cual es su peso y estatura? \_\_\_\_\_

(Mujeres) ¿Sospecha usted que está embarazada? \_\_\_\_\_ ¿Da usted pecho al niño/niña? \_\_\_\_\_

¿Hay algo más que debemos saber sobre su historia médica? \_\_\_\_\_

Certifico que he leído y que comprendo lo susodicho. Reconozco que todas mis preguntas, si las hubo, acerca del cuestionario enunciado anteriormente, han sido contestadas a mi satisfacción. No le considero responsable ni a mi dentista ni a los miembros de su personal por cualquier error u omisión que yo haya hecho al llenar este formulario.

FIRMA \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_