

# BIENVENIDOS A NUESTRA OFFICINA

Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre: (Apellido) \_\_\_\_\_ (Nombre) \_\_\_\_\_ Sexo: H M  
Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_, 19\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Teléfono de Casa: \_\_\_\_\_ de Trabajo: \_\_\_\_\_  
Domicilio: \_\_\_\_\_  
Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_  
Quien es el dentista recomendante: \_\_\_\_\_  
Persona para llamar en caso de emergencia: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

¿Ah tenido cirugía de las encías anteriormente? No Si ¿Cuándo? \_\_\_\_\_  
¿Ah tenido una limpieza profunda antes? No Si ¿Cunado? \_\_\_\_\_ ¿Tiene dolor de la cabeza constantemente? Si No  
¿A veces le molesta la coyuntura mandibular? No Si ¿Cree usted que rechina sus dientes cuando duerme? No Si  
¿Fuma cigarrillos o tabaco? No Si ¿Cuantos al día? \_\_\_\_\_

## INFORMACION SOBRE EL SEGURO

### PERSONA ASEGURADA PRINCIPAL

Nombre: (Apellido) \_\_\_\_\_ (Nombre) \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
Seguro Dental: \_\_\_\_\_ Lugar de Empleo: \_\_\_\_\_ #SS: \_\_\_\_\_  
# Grupo: \_\_\_\_\_

### PERSONA ASEGURADA SECUNDARIA

Nombre: (Apellido) \_\_\_\_\_ (Nombre) \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
Seguro Dental: \_\_\_\_\_ Lugar de Empleo: \_\_\_\_\_ #SS: \_\_\_\_\_  
# Grupo: \_\_\_\_\_

## AUTORIZACION

Con mi firma autorizo pago directo al Consultorio de los beneficios de seguro en grupo que de otra manera se me enviarán. Entiendo que soy responsable por todos los costos del tratamiento dental. También autorizo la administración por el Consultorio tales medicamentos necesarios y la elaboración de tales procedimientos diagnósticos y terapéuticos que sean necesarios para el cuidado dentifrico apropiado. La información en esta página y las historias dental y médica son exactas, que yo sepa. Otorgo al dentista el derecho de dar estas historias y otra información a personas pagadoras u otros profesionistas médicos.

Firma del Paciente o Persona Responsable  \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

## HISTORIA MÉDICA

Conteste a cualquiera de las condiciones indicadas supuesto a su historia medica anterior y presente.

Si No Anemia / Leucemia	Si No Enfermedad cardiaca	Si No Artritis / Gota
Si No Diabetes / Tuberculosis	Si No Fiebre reumática / Tos frecuente	Si No Cáncer / Quimioterapia
Si No Abuso de Drogas / Alcohol	Si No Hueso artificial / Coyuntura artificial	Si No Problemas con respirar
Si No Ataque cardiaco / Palpitación irregular	Si No Válvula artificial cardiaca	Si No Cirugía del corazón
Si No Convulsiones / Epilepsia	Si No Prolapso válvula mitral	Si No Desmayos / Vértigo
Si No Hemofilia / Desangramiento excesivo	Si No Desorden cardiaco congenial	Si No Enfermedad del hígado
Si No Nerviosidad / Problemas psiquiátricos	Si No Enfisema / Glaucoma	Si No Hepatitis A
Si No Sinusitis / Asma	Si No Susurro de corazón / Aparato del corazón	Si No Hepatitis B / Hepatitis C
Si No Problemas con los riñones / Ulceras	Si No Alta presión / Baja presión	Si No VIH positivo / SIDA

¿Ah tenido alguna reacción alérgica a anestésicos dentales? Si No ¿Tiene alguna otra alergias? No Si ¿Cuáles? \_\_\_\_\_  
¿Alguna vez ha tenido enfermedad seria no indicada en la página anterior? No Si Explique. \_\_\_\_\_  
¿Esta tomando medicamentos, píldoras o drogas? No Si ¿Cuáles? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del paciente (padre o guardián)

**ACTUALIZACION MÉDICA**

➤ Yo he leído mi HISTORIA MEDICA fechada \_\_\_\_\_ y confirmo que la misma refleja precisamente mis condiciones anteriores y presentes.

**FECHA**                      **EXCEPCIONES**

\_\_\_\_\_

**CAMBIO DE MEDICAMENTOS**

**FIRMA DEL PACIENTE**

\_\_\_\_\_ X \_\_\_\_\_

➤ Yo he leído mi HISTORIA MEDICA fechada \_\_\_\_\_ y confirmo que la misma refleja precisamente mis condiciones anteriores y presentes.

**FECHA**                      **EXCEPCIONES**

\_\_\_\_\_

**CAMBIO DE MEDICAMENTOS**

**FIRMA DEL PACIENTE**

\_\_\_\_\_ X \_\_\_\_\_

➤ Yo he leído mi HISTORIA MEDICA fechada \_\_\_\_\_ y confirmo que la misma refleja precisamente mis condiciones anteriores y presentes.

**FECHA**                      **EXCEPCIONES**

\_\_\_\_\_

**CAMBIO DE MEDICAMENTOS**

**FIRMA DEL PACIENTE**

\_\_\_\_\_ X \_\_\_\_\_