



PATIENT INFORMATION SHEET HOJA DE INFORMACIÓN PARA EL PACIENTE

Fecha: _____ Referido por: _____

Nombre del Paciente: _____ Nombre Preferido: _____

SSN: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____

Dirección de envío: _____ Ciudad/Estado/código postal _____

Teléfono de casa #: _____ Celular # _____ Sex: M F

Estado civil: C S V D Correo electrónico: _____

Empleado: _____ Teléfono del trabajo: _____

Ocupación: _____ Contacto de emergencia: _____

Relación: _____ Teléfono de contacto emergencia _____

Tiene seguro dental? S N

Compañía de seguro _____ Numero de Identificación _____

HISTORIA DENTAL

Fecha de la última visita al dentista _____ Razón de la visita de hoy _____

Con que frecuencia te cepillas? _____ Con qué frecuencia usa el hilo dental? _____

Autoriza a su hijo/hija a recibir fluoruro? S N

Alguna vez ha experimentado una reacción adversa durante o junto con la anestesia o un tratamiento médico? S N

Tiene alergia al látex? S N

Otra información sobre su salud dental o tratamiento previo? _____

Ha tenido problemas con alguno de los siguientes?

Si no se aplica ninguno de estos, marque aquí:

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Mal aliento | <input type="checkbox"/> Recolección de alimentos entre los dientes | <input type="checkbox"/> Tratamiento periodontal |
| <input type="checkbox"/> Sangrado de las encías | <input type="checkbox"/> Rechinar o apretar los dientes | <input type="checkbox"/> Sensibilidad a morder |
| <input type="checkbox"/> Llagas / crecimientos en la boca | <input type="checkbox"/> Sensibilidad a los dulces | <input type="checkbox"/> Sensibilidad al frío / calor |
| <input type="checkbox"/> Hace clic o reventar la mandíbula | <input type="checkbox"/> Dientes quebrados o rellenos | Otro?: _____ |

HISTORIAL MÉDICO

Nombre del médico _____ Fecha de la última visita _____

Está actualmente bajo el cuidado de un médico? S N

En caso afirmativo, describa _____

En los últimos dos años, ha sido admitido en un hospital o ha necesitado atención de emergencia? S N

En caso afirmativo, indique la fecha aproximada y explique: _____

Ha tenido alguna complicación después de un tratamiento dental? S N

En caso afirmativo, explíquelo por favor _____

Mujeres: Estás embarazada? S N Estás mamando? S N Toma pastillas anticonceptiva? S N

Está el paciente tomando algún medicamento actualmente? S N En caso afirmativo, escriba todos los medicamentos a continuación:

El paciente tiene alguna alergia a los medicamentos? S N

En caso afirmativo, indique los medicamentos y la eacción alérgica: _____

El paciente es alérgico a la anestesia o la adrenalina? S N

Historia familiar de cáncer oral? S N

Si alguna vez ha tenido alguna de las siguientes condiciones, por favor marque las siguientes Casillas

Dispositivos electrónicos Marcapasos, unidad de tensión interna, implante coclear, etc: Y N

Si es así, qué dispositivo _____

Si ninguno de estos aplica, marque aquí:

- | | | | |
|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> SIDA / VIH positivo | <input type="checkbox"/> Atención psiquiátrica | <input type="checkbox"/> Cirugía de corazón | <input type="checkbox"/> Anemia |
| <input type="checkbox"/> Glaucoma | <input type="checkbox"/> Artritis / Reumatismo | <input type="checkbox"/> Enfermedad respiratoria | <input type="checkbox"/> Soplo cardíaco |
| <input type="checkbox"/> Fiebre reumática | <input type="checkbox"/> Articulaciones artificiales | <input type="checkbox"/> Problemas del corazón | <input type="checkbox"/> Culebrilla |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Dificultad para respirar | <input type="checkbox"/> Atópico / propenso a alergias | <input type="checkbox"/> Erupción cutanea |
| <input type="checkbox"/> Hemofilia / sangrado | <input type="checkbox"/> Herpes | <input type="checkbox"/> Enfermedad de la sangre | <input type="checkbox"/> Hepatitis |
| <input type="checkbox"/> Derrame cerebral | <input type="checkbox"/> Cancer | <input type="checkbox"/> Alta presión | <input type="checkbox"/> Dolor de mandibula |
| <input type="checkbox"/> Quimioterapia | <input type="checkbox"/> Enfermedad renal | <input type="checkbox"/> Problemas de tiroideos | <input type="checkbox"/> Alergias materiales |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad del hígado | <input type="checkbox"/> Hábito de fumar | <input type="checkbox"/> Enfermedad circulatoria | <input type="checkbox"/> Tuberculosis |
| <input type="checkbox"/> Prolapso de la válvula mitral | <input type="checkbox"/> Úlcera / Colitis | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Tonsilitis |
| <input type="checkbox"/> Problemas nerviosos | <input type="checkbox"/> Epilepsia | <input type="checkbox"/> Otro- por favor describa: | |

He revisado la información de este cuestionario y, según mi leal saber y entender, es precisa. Entiendo que el dentista utilizará esta información para ayudar a determinar el tratamiento dental adecuado. Si hay algún cambio en mi estado médico, se lo informaré al dentista. Doy mi consentimiento para que TimberRidge Dental me proporcione tratamiento dental.

Firma del paciente / tutor: _____ Fecha: _____