



Fecha de hoy: _____ Correo electrónico _____
(Se utiliza sólo para recordarle sus citas y para realizar encuestas)

Tratamiento: Sr. Sra. Srita. Dr.

Nombre: _____ Nombre preferido: _____
Apellido Primer nombre Inicial del seg. nombre

Fecha de nac.: ____/____/____ Edad: ____ Núm. de la Seguridad Social _____

Soltero/a ____ Casado/a ____ Divorciado/a ____ Separado/a ____ Viudo/a ____

Dirección particular: _____
Calle Ciudad Estado Cód. postal

Dirección postal: _____
Calle Ciudad Estado Cód. postal

Teléfono particular () _____ Celular () _____ Tel. del trabajo () _____

¿A quién podemos agradecer por habernos recomendado? _____

¿Cómo se enteró de nosotros? ____ Sitio web ____ Publicidad por correo ____ Aseguradora

Otros miembros de la familia que se atiendan en Sandalwood: _____

Empleador: _____ Ocupación: _____

Información del contacto de emergencia

Su nombre _____ Relación: _____

Tel. particular () _____ Celular () _____ Tel. del trabajo () _____

Información de la aseguradora

Nombre de la aseguradora: _____ Teléfono () _____ Núm. de grupo _____

Nombre del asegurado: _____ Núm. de la Seguridad Social _____

Dirección del asegurado: _____
Calle Ciudad Estado Cód. postal

Fecha de nac.: ____/____/____ Relación: _____ Empleador: _____

Historia clínica

¿Cuál es el motivo de su consulta de hoy? _____ Fecha de su última revisión dental _____

¿En qué condiciones cree que están sus dientes y encías? _____ Bien _____ Regular _____ Mal

¿Con qué frecuencia se cepilla los dientes? _____ ¿Con qué frecuencia usa hilo dental? _____

¿Actualmente le molestan los dientes o las encías? _____ No _____ Sí

Si la respuesta es sí, explique _____

Para que podamos proporcionarle el tratamiento personalizado que se adapte mejor a sus necesidades, marque todas las opciones que correspondan:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> ¿Le sangran las encías cuando se cepilla los dientes o cuando se limpia con hilo dental? | <input type="checkbox"/> ¿Le molesta la articulación de la mandíbula? |
| <input type="checkbox"/> ¿Aprieta los dientes por las noches o durante el día? | <input type="checkbox"/> ¿Despierta con dolores de cabeza? |
| <input type="checkbox"/> ¿Ronca o sufre de apnea del sueño? | <input type="checkbox"/> ¿Le interesaría blanquearse los dientes? |
| <input type="checkbox"/> ¿Le interesaría enderezarse los dientes? | <input type="checkbox"/> ¿Quiere anestesia para el tratamiento dental? |
| <input type="checkbox"/> ¿Tiene dientes sensibles? | <input type="checkbox"/> ¿Desea reemplazar un retenedor permanente? |

¿Ha estado hospitalizado en los últimos 5 años? Razón _____

¿Se encuentra actualmente recibiendo atención médica? ¿Por qué? _____

Nombre del médico de cabecera _____ Número _____

Nombre del especialista _____ Número _____

Entre las siguientes enfermedades, marque las que se apliquen a usted. Sus respuestas son únicamente para nuestro expediente y son confidenciales.

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Murmullo cardíaco | <input type="checkbox"/> Enfermedad respiratoria | <input type="checkbox"/> Aftas en la boca que tardan en sanar |
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Problema cardíaco anormal | <input type="checkbox"/> Otras infecciones |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Enfermedades renales | <input type="checkbox"/> Enfermedades recurrentes |
| <input type="checkbox"/> Epilepsia | <input type="checkbox"/> Enfermedades o ataques cardíacos | <input type="checkbox"/> Reemplazo de articulación |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> Enfermedades venéreas | <input type="checkbox"/> Glaucoma |
| <input type="checkbox"/> Fiebre reumática | <input type="checkbox"/> Psicosis, atención psiquiátrica | <input type="checkbox"/> Sangrado anormal |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Nódulos linfáticos inflamados o dolorosos | <input type="checkbox"/> Enfermedades del hígado |
| <input type="checkbox"/> VIH positivo | <input type="checkbox"/> Cáncer/ biopsia previa | <input type="checkbox"/> Alergia al látex |
| <input type="checkbox"/> Osteoporosis | Otra enfermedad _____ | |

¿Debe tomar algún medicamento antes de su cita con el dentista? _____ Sí _____ No

¿Alguna vez se le ha diagnosticado una presión arterial anormal? _____ Sí _____ No

¿Cuál es su presión normal? _____ / _____

Mujeres: _____ ¿Está embarazada? _____ ¿Planeando quedar embarazada? _____ ¿Usando medicamentos para el control de la natalidad?

¿Es alérgico/a o ha tenido alguna reacción adversa a:

- anestesia local? penicilina u otros antibióticos? la aspirina? la codeína u otros analgésicos?
 las sulfas? la joyería o los metales?

¿Fuma? De ser así, ¿cuánto fuma? _____

Haga una lista de todos los medicamentos que esté tomando actualmente, incluidos complementos alimenticios. Si son más de cuatro, proporcione una lista.

1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____

Declaro que la información que he dado aquí es cierta y correcta y que es mi responsabilidad informar a Sandalwood Dental de cualquier cambio en mi estado de salud. Comprendo que si no revelo mi historia clínica completa, estoy poniendo en riesgo mi salud.

Firma: _____ Fecha: _____