





**INFORMACIÓN DEL PACIENTE**

NOMBRE: \_\_\_\_\_ SEXO: **MASCULINO**  **FEMENINO** 
  
Nombre Apellido

FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ TEL. DE CASA #: \_\_\_\_\_ CELL #: \_\_\_\_\_

LE GUSTARIA RECIBIR RECORDATORIOS? **SI**  **NO** 

DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_ CIUDAD: \_\_\_\_\_ ESTADO: \_\_\_\_\_

CÓDIGO POSTAL: \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN ELECTRONICA: \_\_\_\_\_ FARMACIA: \_\_\_\_\_

MARQUE LA RESPUESTA APROPIADA:

MENOR DE EDAD  
  SOLTERO(A)  
  CASADO(A)  
  DIVORCIADO(A)  
  VIUDO(A)  
  SEPARADO(A)

SI ES MENOR DE EDAD, LOS PADRES SE ENCUENTRAN:  CASADOS  
  DIVORCIADOS  
  SEPARADOS

SI EL PACIENTE ES ESTUDIANTE,

NOMBRE DE LA ESCUELA/COLEGIO: \_\_\_\_\_ CIUDAD: \_\_\_\_\_ ESTADO: \_\_\_\_\_

NOMBRE DE CÓNYUGE/PADRE O GAURDIAN: \_\_\_\_\_

EMPLEADOR DEL PADRE O GUARDIAN DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_

NÚMERO TEL. DE TRABAJO: \_\_\_\_\_

A QUIEN PODEMOS AGRADECER POR REFERIRLO A NOSOTROS? \_\_\_\_\_

PERSONA DE CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA: \_\_\_\_\_ NÚMERO TELEFÓNICO: \_\_\_\_\_

**PARTE RESPONSABLE**

NOMBRE DE LA PERSONA RESPONSIBLE DE ESTA CUENTA: \_\_\_\_\_



FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

NÚMERO DE SEGURO SOCIAL: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ RELACIÓN AL PACIENTE: \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_ CIUDAD: \_\_\_\_\_ ESTADO: \_\_\_\_\_ CÓDIGO POSTAL: \_\_\_\_\_

NÚMERO TELEFÓNICO: \_\_\_\_\_ DIRECCIÓN ELECTRONICA: \_\_\_\_\_

EMPLEADOR: \_\_\_\_\_ NÚMERO TELEFÓNICO DE TRABAJO: \_\_\_\_\_

ACTUALMETE ESTA PERSONA ES PACIENTE EN NUESTRA OFICINA? **SI**  **NO** 

**INFORMACIÓN DE ASEGURANZA**

NOMBRE DEL ASEGURADO: \_\_\_\_\_ RELACIÓN AL PACIENTE: \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ NÚMERO DE SEGURO SOCIAL: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

FECHA DE EMPLEO: \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL EMPLEADOR: \_\_\_\_\_ NÚMERO TEL. DE TRABAJO: \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN DEL EMPLEADOR: \_\_\_\_\_ CIUDAD: \_\_\_\_\_ ESTADO: \_\_\_\_\_

CÓDIGO POSTAL: \_\_\_\_\_

COMPAÑIA ASEGURADORA: \_\_\_\_\_ # DE GRUPO: \_\_\_\_\_

DIR. DE ASEGURADORA \_\_\_\_\_ CIUDAD: \_\_\_\_\_ ESTADO: \_\_\_\_\_ CÓDIGO POSTAL: \_\_\_\_\_

# DE IDENTIFICACIÓN: \_\_\_\_\_ (SI ALGUNA ES ENTREGADA) #TEL. DE COMPAÑIA ASEGURADORA: \_\_\_\_\_

**CUENTA CON ALGUNA ASEGURANZA ADICIONAL?  SI  NO SI SU RESPUESTA FUE SI, COMPLETE LA SIGUIENTE INFORMACIÓN;**

NOMBRE DEL ASEGURADO: \_\_\_\_\_ RELACIÓN AL PACIENTE: \_\_\_\_\_  
 FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ NÚMRO DE SEGURO SOCIAL: \_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_  
 FECHA DE EMPLEO: \_\_\_\_\_  
 NOMBRE DEL EMPLEADOR: \_\_\_\_\_ NÚMERO TEL. DE TRABAJO: \_\_\_\_\_  
 DIRECCIÓN DEL EMPLEADOR: \_\_\_\_\_ CIUDAD: \_\_\_\_\_ ESTADO: \_\_\_\_\_  
 CÓDIGO POSTAL: \_\_\_\_\_  
 COMPAÑÍA ASEGURADORA: \_\_\_\_\_ # DE GRUPO: \_\_\_\_\_  
 DIR. DE ASEGURADORA: \_\_\_\_\_ CIUDAD: \_\_\_\_\_ ESTADO: \_\_\_\_\_ CÓDIGO POSTAL: \_\_\_\_\_  
 # DE IDENTIFICACIÓN: \_\_\_\_\_ (SI ALGUNA ES ENTREGADA)# TEL. DE COMPAÑÍA ASEGURADORA: \_\_\_\_\_

**HISTORIAL DENTAL**

DENTISTA ANTERIOR: \_\_\_\_\_ CIUDAD/ESTADO: \_\_\_\_\_  
 FECHA DE ÚLTIMA VISITA DENTAL: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ FECHA DE ÚLTIMOS RAYOS-X: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 ACTUALMETE USA FRENO:  SI  NO QUIEN ES SU ORTODONCISTA: \_\_\_\_\_  
 CON QUE FRECUENCIA USA EL HILO DENTAL? \_\_\_\_\_  
**MARQUE "SI" o "NO" PARA INDICAR SI A PADECIDO ALGUNA(S) DE LAS SIGUIENTES:**

MAL ALIENTO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	SANGRADO DE ENCÍAS	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	SENSACIÓN DE ARDOR EN LA LENGUA	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	DOLOR O CANSANCIO MANDIBULAR	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
FUMA CIGARILLO, PIPA O PURO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	CHASQUIDO O CRUJIDO DE MANDÍBULA	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	BOCA SECA	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	DIENTES SUELTOS O RELLENOS ROTOS	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
SE MUERDE LAS UÑA	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	RECHINA/APRIETA LOS DIENTES	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	ENCÍAS HINCHADAS/ O INFLAMADAS	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	RESPIRA POR LA BOCA	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
DOLOR DE BOCA AL CEPILLARSE	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	DOLOR ALREDEDOR DEL OIDO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	TRATAMIENTO PERIODONTAL	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	SENSIBILIDAD A LO FRIO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
SENSIBILIDAD A LO CALIENTE	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	SENSIBILIDAD A LO DULCE	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	SENSIBILIDAD AL MORDER	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	LLAGAS EN LA BOCA	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

TIENE ALGUNA PREGUNTA O CONSULTA ACERCA DE SU SALUD ORAL?

**HISTORIAL MEDICO**

NOMBRE DE SU DOCTOR: \_\_\_\_\_ FECHA DE SU ULTIMA VISITA: \_\_\_\_\_  
 A TENIDO ALGUNA ENFERMEDAD SERIA U OPERACIÓN:  SI  NO **SI RESPONDIO SI, PRFAVOR ESPECÍFQUE:** \_\_\_\_\_  
 SE LE A INDICADO TOMAR UN PRE-MEDICAMENTO?  SI  NO **SI ESPONDIO SI, PORFAVOR EXPLIQUE PORQUE:** \_\_\_\_\_

**(MUJERES)** ESTA EMBARAZADA?  SI  NO FECHA DE PARTO: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ ESTÁ AMAMANTANDO?  SI  NO  
 TOMA PASTILLAS ANTICONCEPTIVAS?  SI  NO

**PORFAVOR MARQUE SI A TENIDO O TIENE ALGUNA DE LAS SIGUIENTES:**

ALERGIAS, ALERGIA AL POLEN, SINOSITIS	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	ANEMIA	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	ARTICULACIONES ARTIFICIALES	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
EPILEPSIA	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	DESMAYOS O MAREOS	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	DOLORES DE CABEZA	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
FIEBRE REUMÁTICA	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	ESCARLATINA	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	PROBLEMAS SINUSALES	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
		ARTRITIS, REUMATISMO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	ASMA	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
		FALTA DE ALIENTO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	SOPLO CARDÍACO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
				ERUPCIÓN EN LA PIEL	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

PROBLEMAS DE ESPALDA	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	DEPENDENCIA QUÍMICA	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	TOS PERSISTENTE O SANGRIENTA	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
PROBLEMAS CARDÍACOS	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	ENFERMEDAD RENAL	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	MARCAPASOS	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
DIETA ESPECIAL	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	PROBLEMAS DE TIROIDES	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	DIABETES	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
SANGRADO ANORMAL, CON		PROBLEMAS CIRCULATORIOS	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	TRATAMIENTO PSIQUIÁTRICO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
EXTRACIONES O CIRUGIA	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	ENFERMEDAD HEPÁTICA	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	ÚLCERAS	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
HEPATITIS TIPO _____	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	TONSILITIS	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	EMFISEMA	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
DERRAME CEREBRAL	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	LESIONES CARDÍACAS CONGÉNITAS	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	ENFERMEDAD RESPIRATORIA	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
ENFERMEDAD SANGUÍNEA	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	PROLAPSO DE VÁLVULA MITRAL	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	ENFERMEDAD VENÉREA	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
HINCHAZÓN DE GLÁNDULAS	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	TUBERCULOSIS	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	GLAUCOMA	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
HINCHAZÓN DE PIES/TOBILLOS	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	TRATAMIENTOS DE CORTISONA	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		
CANCER/ QUIMIO/ RADIACIÓN	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	PROBLEMAS NERVIOSOS	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		
PRESIÓN ARTERIAL BAJA	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	TUMOR O CRECIMIENTO EN			
PRESIÓN ARTERIAL ALTA	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	LA CABEZA O CUELLO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		

**ANOTE CUALQUIER MEDICAMENTO QUE SE ENCUENTRE**

**TOMANDO:** \_\_\_\_\_

---

**ALERGIAS:**

ASPIRIN A  BARBITÚRICOS (PILDORAS PARA DORMIR)  CODEÍNA  YODO  LÁTEX  ANESTÉSICO LOCAL  PENICILINA  SOLFA

OTRO \_\_\_\_\_

---