

Pearl Family Dentistry

3178 Collins Drive
 Ste C
 Merced, CA 95348
 Phone: (209) 383-6133
 Fax: (209) 383-6421

1

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

SS# _____ Correo Electronico _____ Fecha _____

Nombre _____ Sexo M F Años _____ Fecha de nacimiento _____

Domicilio _____

Padre o Perte Responsable _____ Soltero(a) Casado(a) Viudo(a) Niño(a) Divorciado(a)

Ocupación _____ Su empleador _____

Teléfono de trabajo (_____) _____ Ext _____ Celular (_____) _____ Numero de esposo(a) _____

Nombre de la esposa(a) _____ Cumpleaños del esposo(a) _____ SS# _____

¿A quién podemos agradecerle por referirlo? _____

2

NÚMEROS DE TELÉFONO

En caso de emergencia, contactamos:

Nombre _____ Relación _____

Teléfono móvil(_____) _____ Teléfono de trabajo (_____) _____

3

HISTORIA DE SALUD

Nombre del médico _____ Fecha de la última visita _____

¿Alguna vez ha tomado alguna de las drogas colectivamente conocidas como "fen-phen"? Estos incluyen combinaciones de Ionimin, Adipex, Fastin (nombres comerciales de fentermina), Pondimin (fenfluramina) y Redux (dexfenfluramina). Si Si No No

Coloque una marca en "Sí" o "No" para indicar si ha tenido alguno de los siguientes:

SIDA / VIH	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Diabetes (Tipo 2)	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Marcapasos	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Anemia	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Enfisema	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Cuidado psiquiátrico	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Artritis (elija de abajo)	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Epilepsia	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Tratamiento de radiación	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Reumatoide	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Desmayos o mareos	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Enfermedad respiratoria	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Osteo	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Glaucoma -	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Fiebre Reumática	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Válvulas cardiacas artificiales	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	(elija de abajo)	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Escarlatina	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Articulaciones Artificiales	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Ángulo estrecho	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Falta de aliento	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Asma	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Gran angular	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Problemas sinusales	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Problemas de espalda	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Dolores de cabeza	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Erupción cutanea	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
¿Sangrado anormal,	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Soplo cardíaco	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Dieta especial	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
con extracciones o cirugía?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Problemas del corazón	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Carrera	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Enfermedad de la sangre	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Tipo de Hepatitis _____	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Pies y tobillos hinchados	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Cáncer	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Herpes	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Glándulas del cuello hinchadas	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Dependencia química	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Alta presión sanguínea	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Problemas tiroideos	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Quimioterapia	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Ictericia	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Amigdalitis	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Problemas circulatorios	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Dolor de mandibular	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Tuberculosis	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Lesiones congénitas del corazón	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Dolor de riñón	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Tumor o crecimiento en la	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Tratamientos de cortisone	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Enfermedad del hígado	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	cabeza o el cuello	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Tos	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Presión arterial baja	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Úlcera	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
persistente o sangriento?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Con regurgitación	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Enfermedad venérea	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Diabetes (Tipo 1)	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Problemas nerviosos	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Pérdida de peso,	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
		Osteoporosis	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Inexplicable	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

Solo mujeres: ¿Tomando píldoras anticonceptivas? Si No ¿Estas embarazada? Si No ¿Cuándo? _____ Esta ud dando pecho? Si No

4

HISTORIA DENTAL

Motivo de la visita de hoy _____	Sensación de ardor en la lengua <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Dientes sueltos o empastes rotos <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
_____	Masticar en un lado de la boca <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Respiración por la boca <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Ex dentista _____	Fumar cigarras, pipas o cigarrillo <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Dolor en la boca, cepillado <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Ciudades/Estados _____	Hacer clic o abrir la mandíbula <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Tratamiento de ortodoncia <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Fecha de la última visita _____	Boca seca <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Dolor alrededor del oído <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Fecha de la últimas radiografías dentales? _____	Morder las uñas <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Tratamiento periodontal <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Coloque una marca en "Sí" o "No" para indicar si ha tenido alguno de los siguientes:	Recogida de alimentos entre los dientes <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Sensibilidad al frío <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Mal aliento <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Objetos extraños <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Sensibilidad al calor <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Sangrado de las encías <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Rechinar los dientes <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Sensibilidad a los dulces <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Ampollas en los labios o la boca <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Encías hinchadas o sensibles <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Sensibilidad al morder <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
	Dolor de mandíbula o cansancio <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Llagas o crecimientos en su boca <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
	Morderse los labios o las mejillas <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	¿Con qué frecuencia usa el hilo dental? _____
¿Tiene algún dispositivo dental removible?		¿Con qué frecuencia te cepillas? _____
Dentadura completa <input type="checkbox"/> Si	Dentadura parcial <input type="checkbox"/> Si	Protector Nocturno <input type="checkbox"/> Si
		Estancia placa <input type="checkbox"/> Si
		Anticipo <input type="checkbox"/> Si

MEDICAMENTOS

Haga una lista de los medicamentos que está tomando actualmente y el diagnóstico relacionado:

Nombre de la farmacia _____

Teléfono (_____) _____

ALERGIAS

<input type="checkbox"/> Aspirina	<input type="checkbox"/> Anestesia Local
<input type="checkbox"/> Barbitúricos (pastillas para dormir)	<input type="checkbox"/> Penicilina
<input type="checkbox"/> Codeína	<input type="checkbox"/> Sulfa
<input type="checkbox"/> Yodo	<input type="checkbox"/> Otro _____
<input type="checkbox"/> Látex	_____

Autorización: a mi leal saber y entender, la información anterior es completa y correcta. Entiendo que es mi responsabilidad informar a mi dentista si yo o mi hijo menor de edad tienen algún cambio en la salud.

Firma del paciente o guardianes _____ Fecha _____ Firma de doctores _____ Fecha _____

¡ALTO!

5

ACTUALIZACIONES (Para ser completado en futuras citas)

¿Ha habido algún cambio en su salud desde su última cita dental? Si No

¿Para qué condiciones? _____

¿Estás tomando nuevos medicamentos? _____ Si es así, ¿qué? _____

Firma del paciente _____ Fecha _____ Firma del doctor _____ Fecha _____

¿Ha habido algún cambio en su salud desde su última cita dental? Si No

¿Para qué condiciones? _____

¿Estás tomando nuevos medicamentos? _____ Si es así, ¿qué? _____

Firma del paciente _____ Fecha _____ Firma del doctor _____ Fecha _____

¿Ha habido algún cambio en su salud desde su última cita dental? Si No

¿Para qué condiciones? _____

¿Estás tomando nuevos medicamentos? _____ Si es así, ¿qué? _____

Firma del paciente _____ Fecha _____ Firma del doctor _____ Fecha _____