

LILIANA C. GONZALEZ DDS, PA & ASSOCIATES



HISTORIA MEDICA Y DENTAL

NOMBRE: _____

FECHA: _____

Historia Dental

FAVOR MARCAR

Tiene algún problema dental específico?	SI	NO
¿Tiene exámenes dentales de forma rutinaria? Cuando fue su ultima visita?	SI	NO
Fecha de sus ultimas radiografias de la boca?	SI	NO
Piensa que tiene caries o enfermedad de las encias?	SI	NO
Le gusta su sonrisa? Por que, si o no?	SI	NO
Desea mantener sus dientes restantes?	SI	NO
Fuma o mastica tabaco?	SI	NO
Tiene llagas o crecimiento abnormal en la boca?	SI	NO

Historial Medico

Esta bajo el cuidado de un medico ahora? Por que?	SI	NO
Alguna vez ha sido hospitalizado o ha tenido una cirugia mayor?	SI	NO
Por favor explique:		
Ha tenido una lesion grave en la cabeza o el cuello?	SI	NO
Por favor explique:		
Esta tomando algun medicamento o aspirina?	SI	NO
Por favor liste:	SI	NO
Es alergico a algun medicamento?	SI	NO
(Por favor de chequear todo lo que aplica abajo)		

<p>HISTORIA MEDICA</p> <p><input type="checkbox"/> Cancer de piel</p> <p><input type="checkbox"/> Problemas de Corazon</p> <p><input type="checkbox"/> Medicamentos anti-anticoagulante (aspirina, Plavix, Coumadin, Warfarina)</p> <p><input type="checkbox"/> Alta presion</p> <p><input type="checkbox"/> Problemas de circulacion</p> <p><input type="checkbox"/> Coagulos en la pierna o pulmones</p> <p><input type="checkbox"/> Infarto cerebral</p> <p><input type="checkbox"/> Asma/ Apnea del sueno</p> <p><input type="checkbox"/> Diabetes</p> <p><input type="checkbox"/> Problemas de la tiroides</p> <p><input type="checkbox"/> Cancer: Tipo _____ Fecha: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Infeccion reciente/ Herpes labial</p> <p><input type="checkbox"/> VIH, Hepatitis, Herpes</p> <p><input type="checkbox"/> Problemas mentales (Depresion, ansiedad, problemas con la alimentacion)</p>	<p><input type="checkbox"/> SIDA/ VIH</p> <p><input type="checkbox"/> Enfermedad de transmisión sexual</p> <p><input type="checkbox"/> Epilepsia</p> <p><input type="checkbox"/> Alzheimers</p> <p><input type="checkbox"/> Cuidado Psiquiátrico</p> <p><input type="checkbox"/> Alcoholismo</p> <p><input type="checkbox"/> Hepatitis A</p> <p><input type="checkbox"/> Hepatitis B</p> <p><input type="checkbox"/> Hepatitis C</p> <p><input type="checkbox"/> Enfermedad del riñones</p> <p><input type="checkbox"/> Presion baja</p> <p><input type="checkbox"/> Enfermedad de célula falciforme</p> <p><input type="checkbox"/> Quimioterapia</p> <p><input type="checkbox"/> Marcapasos de Corazon</p>
---	--

Ha tenido alguna enfermedad grave no marcada arriba? Por favor explique: _____

Quiere hablar en privado acerca de cualquier problema? _____

FIRMA: _____

FECHA: _____

PACIENTE O PERSONA RESPONSIBLE

USO DE OFICINA:

Reviewed by Doctor:

FECHA: _____

History Review and Significant Findings:

BP _____

Pulse _____

SHADE _____

LILIANA C. GONZALEZ DDS, PA & ASSOCIATES



INFORMACION

FECHA:

NOMBRE:

APELLIDO

NOMBRE

CASADO SOLTERO HIJOS

MUJER HOMBRE

DIRECCION:

CALLE

APT #

CIUDAD

ESTADO

CODIGO POSTAL

SSN:

FECHA DE NACIMIENTO:

MES

DIA

ANO

CORREO ELECTRONICO:

TELEFONO:

CASA

TRABAJO

MOVIL

MEJOR MANERA DE CONFIRMAR CITA :

TEXTO

MOVIL

CASA

EMAIL

NOMBRE DE EMPLEADOR:

INSTITUCION DE ESTUDIO :

CONTACTO EMERGENCIA

NOMBRE:

DIRECCION:

CIUDAD/ ESTADO/CODIGO POSTAL:

NUMERO DE TELEFONO#:

AUTORIZACION

AUTORIZO el pago directamente a la oficina dental de los beneficios del seguro GRUPO DE OTRO MODO A NOMBRE MIO/A . ENTIENDO QUE SOY RESPONSABLE DE TODOS LOS GASTOS DEL TRATAMIENTO DENTAL .
AUTORIZA LA OFICINA DENTAL administrar tales medicaciones y la realización de esos diagnósticos, fotográficos, y procedimientos terapéuticos que puedan ser necesarios para el cuidado dental apropiado. LA INFORMACIÓN EN ESTA PAGINA Y EL DENTAL / historiales médicos tienen razón en el mejor de mi conocimiento. concedo el derecho al dentista para liberar mi HISTORIA MEDICO/ DENTAL y otra información acerca MIS pagadores TRATAMIENTO DENTAL PARA terceros y / u otros profesionales médicos .

SEGURO DENTAL

COMPANIA DE SEGURO DENTAL:

ASEGURADO PRIMARIO:

FECHA DE NACIMIENTO:

ID#/SS#:

DE GRUPO:

COMO ESCUCHO DE NUESTRA OFICINA?

TIENE ALGUNA FAMILIA QUE SE HA TRATADO EN NUESTRA OFICINA? SI NO

SI? NOMBRE DEL FAMILIAR

FIRMA: _____ FECHA: _____