

# Hoja de Información del Paciente

Cuadro # \_\_\_\_\_ Oficina \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

## Información del Paciente

Primer Nombre: \_\_\_\_\_ Inicial del Segundo Nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_ Sexo: (M) (F)  
Dirección de la casa: \_\_\_\_\_ Apt # \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_  
Número de teléfono de la casa: ( ) \_\_\_\_\_ Número de teléfono del trabajo: ( ) \_\_\_\_\_  
Número de Licencia o identificación: \_\_\_\_\_ Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Empleador: \_\_\_\_\_ Posición: \_\_\_\_\_  
Dirección del Empleador: \_\_\_\_\_ Número de teléfono del Empleador: ( ) \_\_\_\_\_  
En caso de emergencia, contactar: (nombre) \_\_\_\_\_ Número de teléfono: ( ) \_\_\_\_\_

¿Cómo intenta pagar?  Efectivo  Crédito  Seguro  Medi-Cal  Otro \_\_\_\_\_

## Parte Responsable

(No llenar si es igual que arriba)

Primer Nombre: \_\_\_\_\_ Inicial del Segundo Nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_  
Dirección de la casa: \_\_\_\_\_ Apt # \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_  
Número de teléfono de la casa: ( ) \_\_\_\_\_ Seguro Social: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
Número de Licencia o identificación: \_\_\_\_\_ Sexo: (M) (F) Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Empleador: \_\_\_\_\_ Posición: \_\_\_\_\_ Tiempo en este trabajo: \_\_\_\_\_  
Dirección del Empleador: \_\_\_\_\_  
Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_  
Número de teléfono del trabajo: ( ) \_\_\_\_\_ Ext. \_\_\_\_\_ Departamento: \_\_\_\_\_

## Información del Seguro Primario

Primer Nombre: \_\_\_\_\_ Inicial del Segundo Nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_ Sexo: (M) (F)  
Relación del paciente con el asegurado (Circular): Yo Esposa (o) Hijo (a) Padres Seguro Social del asegurado: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Dirección de la casa del asegurado: \_\_\_\_\_  
Nombre y número de teléfono del empleador: \_\_\_\_\_ Compañía de Seguro: \_\_\_\_\_  
Dirección de la compañía del seguro: \_\_\_\_\_ Vigente desde: \_\_\_\_\_  
Grupo #: \_\_\_\_\_ Póliza #: \_\_\_\_\_ Número de teléfono de la compañía del seguro: ( ) \_\_\_\_\_  
¿La póliza está conectada con el sindicato?  Si  No Nombre del Sindicato \_\_\_\_\_ No. del Local del Sindicato \_\_\_\_\_

## Información del Seguro Secundario

Primer Nombre: \_\_\_\_\_ Inicial del Segundo Nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_ Sexo: (M) (F)  
Relación del paciente con el asegurado (Circular): Yo Esposa (o) Hijo (a) Padres Seguro Social del asegurado: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Dirección de la casa del asegurado: \_\_\_\_\_  
Nombre y número de teléfono del empleador: \_\_\_\_\_ Compañía de Seguro: \_\_\_\_\_  
Dirección de la compañía del seguro: \_\_\_\_\_ Vigente desde: \_\_\_\_\_  
Grupo #: \_\_\_\_\_ Póliza #: \_\_\_\_\_ Número de teléfono de la compañía del seguro: ( ) \_\_\_\_\_  
¿La póliza está conectada con el sindicato?  Si  No Nombre del Sindicato \_\_\_\_\_ No. del Local del Sindicato \_\_\_\_\_

## Referencias Personales

Primer Nombre: \_\_\_\_\_ Inicial del Segundo Nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_  
Número de teléfono de la casa: ( ) \_\_\_\_\_ Dirección de la casa: \_\_\_\_\_ Apt # \_\_\_\_\_  
Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_  
Primer Nombre: \_\_\_\_\_ Inicial del Segundo Nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_  
Número de teléfono de la casa: ( ) \_\_\_\_\_ Dirección de la casa: \_\_\_\_\_ Apt # \_\_\_\_\_  
Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Solicito que todos los beneficios dentales, si hubiere, en otras circunstancias pagaderos a mí por servicios prestados, sean pagados al proveedor del servicio. Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos si la cobertura del seguro es insuficiente para cubrir mis obligaciones y/o un procedimiento. Soy responsable por la diferencia. Autorizo al proveedor del servicio a proporcionar toda información necesaria para asegurar el pago de los beneficios. También consiento a la examinación y/o tratamiento de mi persona y todos los hijos(as) menores aquí listados por doctores, asistentes de doctores y otro personal médico. El no proveer información completa puede resultar en un cobro a mi persona por servicios. Estoy conciente de que al firmar abajo certifico que toda la información está completa y es correcta. Esta oficina dental, puede verificar esta información en cualquier fuente que considere necesario (incluyendo pero no limitándose a reportes de crédito) y puede proporcionar a otros información concerniente a mi historial crediticio (o el reporte de crédito) hasta el grado permitido por la ley. Esta es mi autorización extendida a esta oficina dental, para que verifiquen mi historial crediticio.

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente

\_\_\_\_\_  
Firma de la parte responsable

# HEALTH HISTORY / HISTORIA DE SALUD

DATE / FECHA \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_

AGE / EDAD \_\_\_\_\_ SEX / SEXO M / F

HEIGHT / ESTATURA \_\_\_\_\_ WEIGHT / PESO LBS. \_\_\_\_\_

In case of an emergency, contact (person) \_\_\_\_\_ phone # ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

En caso de emergencia, contactar a (persona) \_\_\_\_\_ Número de teléfono: ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

## INSTRUCTIONS:

Answer all questions and fill in the blank spaces when indicated. Answers to the following questions are for our records only and will be kept confidential.

**INSTRUCCIONES:** Conteste todas las preguntas y llene los espacios en blanco cuando sea necesario. Las respuestas a nuestras preguntas son únicamente para nuestros archivos, y se consideran estrictamente confidenciales.

Why are you here today? \_\_\_\_\_

When was your last visit to a dental office? \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

When were your last dental x-rays taken? \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Are those x-rays available?  Yes  No

If YES please write down PRIOR DENTIST'S NAME and PHONE NUMBER:

\_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_

**YES / SI**

¿Porque está aquí ahora? \_\_\_\_\_

¿Cuándo fue su última visita al dentista? \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

¿Cuándo le tomaron las últimas radiografías dentales? \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

¿Están disponible sus radiografías?  Si  No

Si es así, escriba el nombre del Dentista Anterior y el número de teléfono.

\_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_

**NO**

1. Are you in poor health \_\_\_\_\_

2. Has there been any change in your general health within the past year \_\_\_\_\_

3. My last physical was on \_\_\_\_\_

4. Are you currently under the care of a physician \_\_\_\_\_

A. If so, what is the condition being treated \_\_\_\_\_

5. The name and address of my physician is \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

6. Have you had any serious illness or operation \_\_\_\_\_

A. If so, what was the illness or operation \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

7. Have you been hospitalized or had a serious illness within the past five years \_\_\_\_\_

A. If so, what was the problem \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

8. Do you have or have you had any of the following diseases or problems:

A. Damaged heart valves or artificial heart valves \_\_\_\_\_

B. Congenital heart lesions or murmurs \_\_\_\_\_

C. Cardiovascular disease (heart trouble, heart attack, coronary insufficiency, coronary occlusion, high blood pressure, arteriosclerosis, stroke) \_\_\_\_\_

1) Do you have pain in chest upon exertion \_\_\_\_\_

2) Are you ever short of breath after mild exercise \_\_\_\_\_

3) Do your ankles swell \_\_\_\_\_

4) Do you get short of breath when you lie down, or do you require extra pillows when you sleep \_\_\_\_\_

5) Do you have a cardiac pacemaker \_\_\_\_\_

D. Sinus trouble \_\_\_\_\_

E. Asthma \_\_\_\_\_

F. Allergy \_\_\_\_\_

G. Hives or skin rash \_\_\_\_\_

H. Fainting spells or seizures \_\_\_\_\_

I. Diabetes \_\_\_\_\_

1) Do you urinate (pass water) more than 6 times a day \_\_\_\_\_

2) Are you thirsty much of the time \_\_\_\_\_

3) Does your mouth frequently become dry \_\_\_\_\_

J. Hepatitis, jaundice or liver disease \_\_\_\_\_

K. Arthritis \_\_\_\_\_

L. Inflammatory rheumatism (painful, swollen joints) \_\_\_\_\_

M. Stomach ulcers \_\_\_\_\_

N. Kidney trouble \_\_\_\_\_

O. Tuberculosis \_\_\_\_\_

P. Do you have a persistent cough or cough up blood \_\_\_\_\_

Q. Low blood pressure \_\_\_\_\_

R. Venereal disease \_\_\_\_\_

S. Do you have a prosthetic hip \_\_\_\_\_ joint prosthesis \_\_\_\_\_ implants \_\_\_\_\_ bone plates \_\_\_\_\_ or screws \_\_\_\_\_ other \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

9. Have you had abnormal bleeding associated with previous \_\_\_\_\_

extractions, surgery, or trauma \_\_\_\_\_

A. Do you bruise easily \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

1. Está mal de salud \_\_\_\_\_

2. Ha cambiado su salud durante el último año \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

3. Mi último examen médico fue en \_\_\_\_\_

4. Está ahora bajo atención médica \_\_\_\_\_

A. Si es así, que enfermedad se está curando \_\_\_\_\_

5. El nombre y domicilio de mi médico es \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

6. Ha tenido alguna operación o enfermedad seria \_\_\_\_\_

A. Si es así, que operación o enfermedad \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

7. Durante los últimos cinco (5) años ha sido hospitalizado ó ha tenido alguna enfermedad seria \_\_\_\_\_

A. Si contesta afirmativamente explique \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

8. Tiene o ha tenido alguna de las siguientes enfermedades ó problemas:

A. Válvulas dañadas ó válvulas artificiales del corazón \_\_\_\_\_

B. Lesión cardíaca congénita \_\_\_\_\_

C. Enfermedad cardiovascular (enfermedad del corazón, insuficiencia cardíaca, oclusión coronaria, presión arterial alta, arteriosclerosis, síncope) \_\_\_\_\_

1) Tiene dolor en el pecho cuando hace algún esfuerzo \_\_\_\_\_

2) Después de hacer algún ejercicio siente faltarle el aire \_\_\_\_\_

3) Se le hinchan los tobillos \_\_\_\_\_

4) Cuando se acuesta, siente que le falta aire para respirar ó necesita mas de 1 almohada para dormir \_\_\_\_\_

5) Tiene marcapasos cardíaco \_\_\_\_\_

D. Problema de sinusitis \_\_\_\_\_

E. Asma \_\_\_\_\_

F. Alergia \_\_\_\_\_

G. Ronchas ó salpullido \_\_\_\_\_

H. Desmayos y sudores ó ataques \_\_\_\_\_

I. Diabetes \_\_\_\_\_

1) Orina usted más de seis veces al día \_\_\_\_\_

2) Tiene sed la mayoría del tiempo \_\_\_\_\_

3) Se le reseca la boca frecuentemente \_\_\_\_\_

J. Malestar bilioso, hepatitis o enfermedad del hígado \_\_\_\_\_

K. Artritis \_\_\_\_\_

L. Inflamación reumática (coyunturas inflamables con dolor) \_\_\_\_\_

M. Ulceras estomacales \_\_\_\_\_

N. Enfermedad del riñón \_\_\_\_\_

O. Tuberculosis \_\_\_\_\_

P. Tos persistente ó tose sangre \_\_\_\_\_

Q. Baja presión sanguínea \_\_\_\_\_

R. Enfermedades venéreas \_\_\_\_\_

S. Tiene cadera \_\_\_\_\_ ó coyuntura prostética \_\_\_\_\_

implantes \_\_\_\_\_ placa de hueso \_\_\_\_\_ ó tornillos \_\_\_\_\_

Si es así, explique \_\_\_\_\_

9. Ha sangrado anormalmente, cuando se le realiza una extracción dental, cirugía ó trauma \_\_\_\_\_

A. Se moretea su piel fácilmente \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

YES / SI

NO

- B. Have you ever required a blood transfusion .....  
If so, explain the circumstances \_\_\_\_\_
10. Do you have any blood disorder such as anemia .....
11. Have you had surgery or x-ray treatment for a tumor, growth, or other condition of your mouth or lips .....
12. Are you taking any of the following: .....  
If yes, indicate which.  
A. Antibiotics or sulfa drugs \_\_\_\_\_  
B. Anticoagulants (blood thinners) \_\_\_\_\_  
C. Medicine for high blood pressure \_\_\_\_\_  
D. Cortisone (steroids) \_\_\_\_\_  
E. Tranquilizers \_\_\_\_\_ Antihistamine \_\_\_\_\_ Aspirin \_\_\_\_\_  
F. Insulin, tolbutamide (orinase) or similar drug \_\_\_\_\_  
G. Digitalis or drugs for heart trouble \_\_\_\_\_ Nitroglycerin \_\_\_\_\_  
H. Oral contraceptive or other hormonal therapy \_\_\_\_\_  
I. Other drug or medicine \_\_\_\_\_
13. Are you allergic or have you reacted adversely to any of the following: .....  
Local anesthetics \_\_\_\_\_  
Penicillin or other antibiotics \_\_\_\_\_  
Sulfa drugs \_\_\_\_\_  
Barbiturates, sedatives or sleeping pills \_\_\_\_\_  
Aspirin \_\_\_\_\_ Iodine \_\_\_\_\_ Codeine or other narcotics \_\_\_\_\_  
Are you allergic to latex or rubber products .....  
Other allergies \_\_\_\_\_
14. Have you taken the diet medication Redux® (Fen-Phen)? .....
15. Do you have any disease, condition, or problem not listed above that you think I should know about .....
16. Are you employed in any situation which exposes you regularly to x-rays or other ionizing radiation .....
17. Are you wearing contact lenses .....
18. Have you ever had any of the following conditions .....  
Herpes \_\_\_\_\_ Hepatitis \_\_\_\_\_ Tuberculosis \_\_\_\_\_ HIV / AIDS \_\_\_\_\_
19. Are you pregnant .....
20. Do you have any problems associated with your menstrual period .....
21. Are you nursing .....
22. Have you had any serious trouble associated with any previous dental treatment .....  
If so, explain \_\_\_\_\_
23. How often do you brush your teeth? \_\_\_\_\_ When? \_\_\_\_\_
24. Do you use dental floss .....
25. Do your gums bleed or hurt? .....  
How often? \_\_\_\_\_
26. Are any of your teeth sensitive to: Hot \_\_\_\_\_ Cold \_\_\_\_\_  
Sweets \_\_\_\_\_ Pressure \_\_\_\_\_
27. Does food get caught in your teeth? .....
28. Do you have frequent headaches \_\_\_\_\_ neck aches \_\_\_\_\_  
or shoulder aches? .....
29. Do you clench or grind your teeth? .....
30. Have you experienced any pain or soreness in the muscles of your face or around your ear? .....
31. Does your jaw click or pop? .....
- B. Ha requerido transfusión sanguínea .....  
Si contesta afirmativamente, explique \_\_\_\_\_
10. Tiene algún desorden sanguíneo tal como anemia .....
11. Ha tenido cirugía ó rayos X para tratar algún tumor, crecimiento u otra enfermedad bucal ó labial .....
12. Está tomando alguno de los siguientes medicamentos: .....  
A. Sulfas ó antibióticos \_\_\_\_\_  
B. Anticoagulantes (adelgazador sanguíneo) \_\_\_\_\_  
C. Medicamento para la presión alta \_\_\_\_\_  
D. Cortisona (esteroides) \_\_\_\_\_  
E. Tranquilizantes \_\_\_\_\_ Antihistamínico \_\_\_\_\_ Aspirina \_\_\_\_\_  
F. Insulina, tobutamida (orinase) ó drogas similares \_\_\_\_\_  
G. Digitales ó medicamentos para enfermedades cardiacas \_\_\_\_\_  
Nitroglicerina \_\_\_\_\_  
H. Anticonceptivos orales u otra terapia hormonal \_\_\_\_\_  
I. Otra droga ó medicina \_\_\_\_\_
13. Es usted alérgico ó ha reaccionado adversamente a los siguientes medicamentos: .....  
Anestesia local \_\_\_\_\_ Antibióticos o penicilina \_\_\_\_\_  
Drogas con sulfas \_\_\_\_\_  
Barbitúricos, sedantes ó pastillas para dormir \_\_\_\_\_  
Aspirina \_\_\_\_\_ Yodo \_\_\_\_\_ Codeína u otros narcóticos \_\_\_\_\_  
Es usted alérgico al latex ó productos de hule \_\_\_\_\_  
Alguna otra \_\_\_\_\_
14. Ha tomado usted el medicamento Redux® (Fen-Phen) para su dieta. ....
15. Tiene usted alguna enfermedad condición física ó algún problema no enumerado anteriormente que usted crea que yo deba saber .....
16. Está trabajando ó está en una situación donde está expuesto regularmente a radiografías ó alguna otra forma de radiación .....
17. Usa lentes de contacto .....
18. Ha tenido alguna de las condiciones siguientes: .....  
Herpes \_\_\_\_\_ Hepatitis \_\_\_\_\_ Tuberculosis \_\_\_\_\_ HIV / SIDA \_\_\_\_\_
19. Está usted embarazada .....
20. Tiene algún problema asociado con su período menstrual .....
21. Está dando pecho (amamantando) .....
22. Ha tenido problemas serios asociados con tratamiento dental. ....  
Si contesta afirmativamente, explique. \_\_\_\_\_
23. Que tan seguido se cepilla los dientes \_\_\_\_\_ Cuando \_\_\_\_\_
24. Usa hilo dental .....
25. Le sangran ó le duelen sus encías .....  
Que tan seguido \_\_\_\_\_
26. Son su dientes sensibles a: Caliente \_\_\_\_\_ Frío \_\_\_\_\_  
Dulce \_\_\_\_\_ Presión \_\_\_\_\_
27. Retiene comida en sus dientes .....
28. Tiene dolores de cabeza \_\_\_\_\_ cuello \_\_\_\_\_  
u hombro frecuentemente \_\_\_\_\_
29. Aprieta ó rechina sus dientes .....
30. Ha tenido algun dolor en los músculos de la cara o alrededor de los oídos .....
31. Suena ó cruje su quijada .....

FOLLOW UP to Medical History by DENTIST ONLY \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

I hereby certify that I have read the foregoing and have filled out this health questionnaire completely. I have advised you of all medical problems of which I am aware. I further certify that I, the undersigned, consent to the performing of x-rays and examination.

Por la presente certifico que he leído y completado el cuestionario de salud totalmente. He dado a conocer los trastornos de los que tengo conocimiento. El suscrito certifica y da su consentimiento para que se realicen los rayos X y el examen necesario.

SIGNATURE OF PATIENT or Guardian if patient is a minor .....  
FIRMA DEL PACIENTE ó del tutor legal (si el paciente es menor de edad) X \_\_\_\_\_

DATE (Fecha) \_\_\_\_\_

SIGNATURE OF DENTIST (FIRMA DEL DENTISTA) X \_\_\_\_\_  
DATE \_\_\_\_\_ COMMENTS \_\_\_\_\_ DR. SIGNATURE \_\_\_\_\_ EMPLOYEE # \_\_\_\_\_ PATIENT SIGNATURE \_\_\_\_\_

UPDATE					
--------	--	--	--	--	--