

# AVENTURA DENTAL

Fecha de hoy: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## Información del paciente

Apellido del paciente \_\_\_\_\_ Primer Nombre \_\_\_\_\_ Segundo Nombre \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Hombre  Mujer   
Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Zip \_\_\_\_\_  
Teléfono (Celular) \_\_\_\_\_ (Casa) \_\_\_\_\_ (Trabajo) \_\_\_\_\_  
¿Cómo se enteró de nuestra oficina? \_\_\_\_\_

## Información del padre/guardián (Si el paciente es menor de edad)

Apellido \_\_\_\_\_ Primer Nombre \_\_\_\_\_ Segundo Nombre \_\_\_\_\_  
Relación con el paciente \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_  
Dirección (Si diferentes) \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Zip \_\_\_\_\_  
Teléfono (Celular) \_\_\_\_\_ (Casa) \_\_\_\_\_ (Trabajo) \_\_\_\_\_  
Correo electrónico \_\_\_\_\_

## Información del seguro

Seguro primario	Seguro secundario
Nombre del titular de la póliza _____	Nombre del titular de la póliza _____
Fecha de nacimiento _____	Fecha de nacimiento _____
Relación con el paciente Yo <input type="checkbox"/> Esposa <input type="checkbox"/> Niño <input type="checkbox"/> Otros _____	Relación con el paciente Yo <input type="checkbox"/> Esposa <input type="checkbox"/> Niño <input type="checkbox"/> Otros _____
Compañía de seguros _____	Compañía de seguros _____
ID de miembro _____	ID de miembro _____
Número de grupo _____	Número de grupo _____
Empleador _____	Empleador _____
Teléfono del Seguro _____	Teléfono del Seguro _____

Nombre de contacto de emergencia \_\_\_\_\_ Relación con el paciente \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

## Consentimiento para el examen inicial

Consiento los procedimientos de diagnóstico necesarios para realizar un examen inicial, que puede incluir las radiografías necesarias, el examen intra-oral/extra-oral.

Firma (parte responsable si el paciente es menor de edad) \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

## Historia dental

Motivo de la visita de hoy \_\_\_\_\_  
¿Está experimentando dolor dental? Sí  No  (En caso afirmativo, donde) \_\_\_\_\_  
¿Hay alguna otra preocupación que debamos tener en cuenta? \_\_\_\_\_  
¿Cuándo fue la última vez que visitó a un dentista? \_\_\_\_\_

	Sí	No	No sé
¿Las encías sangran al cepillarse o usar hilo dental?... <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Sufre de boca seca?..... <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Le rechinan los dientes?..... <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Usa dentaduras completas o parciales?..... <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¿Cómo se siente con su sonrisa? \_\_\_\_\_

Apellido del paciente \_\_\_\_\_ Primer Nombre \_\_\_\_\_ DOB \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Fecha de hoy \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**Historial médico del paciente**

¿Está actualmente bajo el cuidado de un médico? Sí  No  Nombre del médico \_\_\_\_\_

¿Ha sido hospitalizado o ha tenido una operación/cirugía importante Sí  No

Si es así, por favor explique \_\_\_\_\_

¿Ha tenido una lesión grave en la cabeza o en el cuello? Sí  No  Si es así, por favor explique \_\_\_\_\_

**Por favor enumere cualquier medicamento que actualmente tome**

Medicamentos	Dosificación	¿Con qué frecuencia?	Ruta (Oral/inyección etc)

¿Usas tabaco? (Fumando, aspirado/rapé, masticado, en bidis) Sí  No

¿Bebe bebidas alcohólicas? Sí  No  Si es así, aproximadamente cuántas bebidas por semana? \_\_\_\_\_

¿Usa sustancias reguladas (drogas)? Sí  No

**¿Es usted alérgico a cualquiera de los siguientes?** Látex  Anestésico locales  Penicilina  Aspirina  Codeína   
Metal  Sulfa Drogas  Acrílico  Otros \_\_\_\_\_

**Sólo mujeres-** ¿Embarazada? Sí  No  Número de semanas \_\_\_\_\_ Amamantando Sí  No  Toma píldoras anticonceptivas Sí  No

**Historia clínica - ¿Tiene o ha tenido alguna de las siguientes?**

Válvula cardíaca artificial	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Mareos/desmayos	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Fiebre reumática	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Articulaciones artificiales	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Síndrome de Down	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Escarlatina	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
SIDA / VIH	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Enfisema	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Dificultad respiratoria	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Anemia	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Epilepsia / Convulsiones	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Anemia falciforme	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Angina, dolores en el pecho	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Tos frecuente	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Problemas sinusales	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Artritis, reumatismo	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Glaucoma	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Erupción cutánea	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Asma	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Ataque al corazón / Fracaso	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Derrame cerebral	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
-(hospitalización requerida)	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Enfermedad del corazón	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Hinchazón de pies o tobillos	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Autismo	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Soplo cardíaco	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Problemas de tiroides	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Problemas de sangrado	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Prolapso de válvula cardíaca	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Amigdalitis	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Problemas de coagulación	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Marcapasos cardíaco	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Tuberculosis	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Trastorno sanguíneo	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Hepatitis (Tipo _____ )	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Tumor, crecimiento (cabeza/cuello)	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Defecto congénito	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Herpes	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Úlceras	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Bronquitis	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Alta presión sanguínea	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Pérdida de peso inexplicable	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Cáncer	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Colesterol alto	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿Alguna otra enfermedad grave no mencionada anteriormente?	
Parálisis cerebral	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Inmunodeficiencia	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	_____	
Quimioterapia/terapia de radiación	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Ictericia	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	_____	
Herpes labial, fiebre, ampollas	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Enfermedad renal	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
Trastorno cardíaco congénito	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Presión arterial baja	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
Convulsiones	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Osteoporosis / Osteopenia	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
Diabetes	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Atención psiquiátrica	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		

La información que he proporcionado es correcta según mi leal saber y entender, y entiendo que es mi responsabilidad informar a esta oficina sobre cualquier cambio en la salud y/o los medicamentos de mi / mi hijo/a. Entiendo la importancia de un historial de salud veraz y que mi dentista y su personal confiarán en esta información para tratarme a mí/ a mi hijo. Reconozco que mis preguntas, si las hubiera, sobre las consultas establecidas anteriormente han sido respondidas a mi satisfacción.

Firma del Paciente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

(Padre/guardián legal si el paciente es menor de edad)