



SMILEY DENTAL

Información del Paciente

Fecha _____

Nombre _____

Primer Nombre

Apellido

Teléfono () _____

Sexo M____ F____

Fecha de Nacimiento ____/____/____ # de S.Social _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código _____

Donde Trabaja? _____ Ocupacion _____

Ha venido aquí alguien de su familia? _____

Si es estudiante, Nombre de la Escuela _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código _____

Nombre de la Seguranza _____

A quien le agradecemos la referencia? _____

En caso de emergencia, a quien le podemos llamar? _____

de Teléfono() _____ Relación al Paciente _____

Si el paciente es un niño/a llene lo siguiente

Persona responsable _____ Parentesco al Paciente _____

Fecha de nacimiento _____ # de S.Social _____

de Teléfono() _____ Direccion _____

Ciudad _____ Estado _____ Código _____ Sexo M ___ F ___

HISTORIA DENTAL

Razón por la que vino hoy _____

Fecha de su última visita al dentista _____ Nombre del Dentista _____

Marque si ha tenido algún problema de los siguientes:

___ Mal aliento ___ Rechina los dientes ___ Sensible a lo caliente

___ Sangrado de encía ___ Dientes flojos ___ Sensible a lo dulce ___ Ruido en la quijada

___ Rellenos quebrados ___ Sensible cuando muerde ___ Se junta comida entre los dientes

___ Sensible a lo frío ___ Llagas cerca de su boca

Cada cuanto usa hilo dental? _____ Cada cuánto de cepilla? _____

Historia Medica

Nombre de su doctor _____ Fecha de su ultima visita _____

Ha tenido alguna operación o enfermedad grave? _____ Expliqué _____

Ha tenido transfusión de sangre ___ Si ___ No Que fecha? _____

Anote cualquier medicamento que este tomando:

Es alergico algun medicamento? _____

(MUJERES) Embarazada? ___Si ___No Amamantando? ___ Si ___ No Toma pastillas anticonceptivas? ___Si ___No

Marque si tiene o ha tenido algo de lo siguiente:

___ Anemia Tratamiento de cortisone ___ Hepatitis ___ Falta de aliento

___ Tos persistente ___ Alta Presión ___ Salpullido en la piel ___ Diabetes ___ Sida O HIV

___ Embolia ___ Epilepsia ___ Dolor de quijada ___ Pies/tobillos hinchados

___ Desmayos ___ Enfermedad de Hígado ___ Problema de tiroides ___ Glaucoma
___ Enfermedad de Riñón ___ Hábito al tabaco ___ Dolor de cabeza ___ Marcapasos ___
___ Murmullo al Corazón ___ Tratamiento de radiación ___ Tuberculosis ___ Ulceras
___ Cáncer ___ Enfermedad de la sangre ___ Quimioterapia ___ Problemas del corazón
___ Enfermedad respiratorios ___ Hemophilia

<http://www.perezfamilydental.com/patient-information/>