

Bienvenido a Dr. Campbell, Century Dental

Nombre _____ Edad _____, Fecha de Nacimiento ____/____/____
Parent or Guardian _____ Teléfono celular () _____
Correo Electrónico _____ Seguro Social # _____
Domicilio (No P.O. Box) _____ Ciudad _____ Estado _____ Zona Postal ____
Teléfono celular () _____ Teléfono de su casa () _____
Licencia de Manejar # _____ (Presentela a la Recepcionista)
Empleado por _____ Ocupación _____ Teléfono de su trabajo # () _____
¿Cuánto tiempo ha vivido en su domicilio? _____ Años ¿Propio ☐ o Renta ☐?
¿Qual Farmacia usar? _____ Estrada or Ciudad _____ Teléfono _____

Contactos de Emergencia

Nombre _____ Relación _____ Número de teléfono () _____
Domicilio _____ Ciudad _____ Estado _____ Zona Postal _____

Historia Medica y Dental

Sexo F ☐ M ☐ Peso _____

I. Por cuál razón hizo la cita

☐ Examen, ☐ Limpieza, ☐ ¿Dolor o ☐ Causa? _____

Explique necesidad? _____

Fecha de su último examen dental _____

Fecha de sus últimos rayos-x dentales _____

II. HISTORIA DENTAL

1. Si No ¿Se cepilla los dientes al menos dos veces al día?
2. Si No ¿Usa hilo dental al menos una vez al día?
3. Si No ¿Ha ido al dentista recientemente?
4. Si No ¿Ha tenido problemas con algún tratamiento dental en el pasado?
5. Si No ¿Tiene dolor ahora? ¿Dónde? _____

III. Información de su Médico o Clínica

Fecha de su último examen médico: _____

Médico _____ Número de teléfono _____

6. Si No ¿Tiene buena salud?
7. Si No ¿Se encuentra actualmente bajo tratamiento médico? ¿Por qué? _____
8. Si No ¿Ha tenido algún cambio en su salud durante este año?
9. Si No ¿Tiene ahora gran estrés personal?
10. Si No ¿Ha estado hospitalizado o ha sufrido alguna enfermedad grave en los últimos tres años? ¿Por qué? _____

IV. HA TENIDO RECIENTEMENTE

11. Si No ¿Enfermo o Expuesto a Covid? ¿Cuándo? _____
12. Si No ¿Infecciones or Cancer?
13. Si No ¿Dolor de pecho?
14. Si No ¿Sangra o le salen moretones fácilmente?
15. Si No ¿Vómitos con frecuencia, o Convulsiones?
16. Si No ¿Dificultad al tragar, sed excesiva, o boca seca?

V. ESTÁ TOMANDO

17. Si No ¿Aspirina o adelgazantes para la sangre?
18. Si No ¿Medicamentos, drogas, o medicinas que se pueden comprar sin receta? Haga una lista

_____.

VI. TIENE O HA TENIDO

19. Si No ¿Alergias a la Penicilina o a la Amoxicilina?
20. Si No ¿Alergias a cualquier otro medicamento o medicinas? _____
21. Si No ¿Alergias al látex?
22. Si No ¿Presión alta?
23. Si No ¿Enfermedades, o Infarto del corazón?
24. Si No ¿Diabetes?
25. Si No ¿Hepatitis, otras enfermedades del hígado? Qué tipo _____
26. Si No ¿Enfermedades del riñón, vejiga?
27. Si No ¿Problemas del estómago, o úlceras?
28. Si No ¿Enfermedades de los ojos o piel?
29. Si No ¿Adicción al alcohol o a las drogas?
30. Si No ¿Articulación Artificial o Marcapasos?

VII. SOLO PARA MUJERES

31. Si No ¿Está o podría estar embarazada?
32. Si No ¿Está dando pecho?
33. Si No ¿Está tomando pastillas anticonceptivas?

VIII. PARA TODOS LOS PACIENTES

34. Si No ¿Tiene o ha tenido alguna otra enfermedad o problema médico que no está en este cuestionario? Explique: _____

Al mayor de mis conocimiento he contestado a todas las preguntas de manera completa y precisa. Le informare a me dentista de cualquier cambio en me salud y/o medicacion. Consiento un examen y el tratamiento de mis condiciones orales incluyendo cualquier radiografias necesarias. Acepto arbitrage obligatorio para cualquier conflicto de tratamiento posterior.

Firma de Paciente o Guardian _____

Dentista _____ Fecha _____