

## INFORMACIÓN PACIENTE

Fecha \_\_\_\_\_ FDN \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad, estado, cierre relámpago \_\_\_\_\_

Teléfono casero \_\_\_\_\_ Teléfono de la célula \_\_\_\_\_

Estado civil \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo \_\_\_\_\_

SSN \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_

Patrón \_\_\_\_\_ Ocupación \_\_\_\_\_

Nombre del dentista que le refirió: \_\_\_\_\_

Razón de la visita de hoy: \_\_\_\_\_

## CUESTIONARIO MÉDICO

Nombre del médico \_\_\_\_\_ Teléfono # \_\_\_\_\_

Si usted tiene o ha tenido siguiente un de los (por favor cheque):

- |                                                  |                                               |                                                            |
|--------------------------------------------------|-----------------------------------------------|------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Condiciones del corazón | <input type="checkbox"/> Epilepsia            | <input type="checkbox"/> Fatiga crónica                    |
| <input type="checkbox"/> Tensión arterial alta   | <input type="checkbox"/> Artritis             | <input type="checkbox"/> Condiciones de la vesícula biliar |
| <input type="checkbox"/> Fiebre reumática        | <input type="checkbox"/> Hepatitis            | <input type="checkbox"/> Enfermedad/herpes venéreos        |
| <input type="checkbox"/> Movimiento              | <input type="checkbox"/> Tuberculosis         | <input type="checkbox"/> Shortness de la respiración       |
| <input type="checkbox"/> Problemas circulatorios | <input type="checkbox"/> H.I.V./ AIDS         | <input type="checkbox"/> Problemas del riñón               |
| <input type="checkbox"/> Radioterapias           | <input type="checkbox"/> Diabetes             | <input type="checkbox"/> Vértigos                          |
| <input type="checkbox"/> Malignancias            | <input type="checkbox"/> Anemia               | <input type="checkbox"/> El desmayarse                     |
| <input type="checkbox"/> Gout                    | <input type="checkbox"/> Sangría excesiva     | <input type="checkbox"/> Depresión/ansiedad                |
| <input type="checkbox"/> Asma                    | <input type="checkbox"/> Úlcera               | <input type="checkbox"/> Condiciones psiquiátricas         |
| <input type="checkbox"/> Bronquitis              | <input type="checkbox"/> Problemas del hígado | <input type="checkbox"/> Embarazado (actualmente)          |
| <input type="checkbox"/> Problemas del pulmón    |                                               |                                                            |

Si está comprobado SÍ a cualquier pregunta, explique por favor: \_\_\_\_\_

Enumere por favor cualesquiera **alergias** a las medicaciones: \_\_\_\_\_

Enumere por favor todas las medicaciones que usted adquiriera una base regular: \_\_\_\_\_

¿Le requieren al premedicate con el antibiótico antes del tratamiento dental? \_\_\_\_\_

Cualquier información adicional que usted se sienta pudo ser importante \_\_\_\_\_

He llenado el formulario este al mejor de mi conocimiento

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente