

Formulario de Historia Medica

Información del Paciente

Apellido: _____ Nombre: _____ Edad: _____

Sexo: M F Fecha de nacimiento: ___/___/___ Seguro Social: _____ #Lic. _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Si el paciente es menor de edad, nombre del padre o guardián: _____

Información de la Persona Responsable

Apellido: _____ Nombre: _____ Sexo: M F

FDN: ___/___/___ Relación al paciente: _____ Teléfono: _____

Empleador: _____ Ocupación: _____ telefono de trabajo: _____

Motivo de su consulta de hoy: (circule) Examen/Limpieza Dolor/Inflamación Diente roto/caries

Fecha de su ultima consulta al dentista? ___/___/___

Tiene alguna duda acerca de la atención previa o de esta consulta? _____

Le sangran las encías? SI / NO

Tiene los dientes flojos? SI / NO

Alguna vez le dijeron que padece una enfermedad de las encías? SI / NO

Alguna vez le dijeron que tiene mal aliento? SI / NO

Sus dientes son sensibles a? los caramelos el frio el calor la presión

Ha padecido alguna vez algún dolor en la articulación temporomandibular? (fricción o salto) SI / NO

Esta conforme con su sonrisa? SI / NO

Comprendo la necesidad de contestar estas preguntas con sinceridad. A mi entender, las respuestas aquí proporcionadas son exactas. También comprendo que es de suma importancia informar sobre cualquier cambio o actualización de mi condición medica. Autorizo a obtener de mi medico cualquier información adicional respecto de mi historia clínica que sea necesaria, a fin de que se me brinde el mejor tratamiento posible.

Firma del paciente: _____ Fecha _____

Si complete este formulario en lugar de otra persona, por favor escriba su nombre en letra imprenta y firme debajo, e indique cual es su relación con el/la paciente.

Nombre en letra imprenta _____ Relacion _____

Firma _____ Fecha: _____

Fecha
___/___/___

Cambios/Comentarios

Firma del paciente y dentista

___/___/___
