



**BIENVENIDOS!**

*a WHARTON DENTAL*

## HISTORIA MEDICA CUESTIONARIO

Llenando esta forma, usted nos está autorizando a utilizar la información abajo para archivar sus demandas de seguro. Mantendremos esa información el secreto más terminante según las leyes federales y del estado que gobiernan el aislamiento dental de la profesión y del paciente. *Los cuestionarios que no tienen suficiente información para archivar demandas de seguro requerirán el partido responsable hacer el pago COMPLETO para los servicios que se rinden en ese entonces.*

Nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_  
 Persona Responsable: \_\_\_\_\_ Numero de Licencia: \_\_\_\_\_  
 Domicilio Postal: \_\_\_\_\_ Zipcode: \_\_\_\_\_  
 Telefono Celular: \_\_\_\_\_ Tel de Trabajo: \_\_\_\_\_ ext \_\_\_\_\_ Tel de Casa: \_\_\_\_\_  
 Segurancia Principal: \_\_\_\_\_ Segurancia Secundaria: \_\_\_\_\_  
 Sexo: M / F Casado? Y / N Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ Seguro Social: \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_  
 Nombre de pariente cercano: \_\_\_\_\_ Tel # \_\_\_\_\_ Relacion \_\_\_\_\_  
 ¿Quién podemos agradecer por referirle? \_\_\_\_\_

1. ¿Esta **alergico** de algunas medicinas o latex? \_\_\_\_\_
2. ¿Esta tomando algunas medicinas, incluyendo aspirinas y vitaminas? \_\_\_\_\_
3. ¿Le ha notificado que necesita antibioticas antes del cita dental? S / N Explique: \_\_\_\_\_
4. ¿Estado en hospital por alguna problema en seriedad (explique por favor)? \_\_\_\_\_
5. ¿Fuma Usted? S / N                      ¿Mastica el tabaco? S / N
6. ¿He notado: (Marque) encias sangran / se le hichan las encias, dientes sueltos, mal olor o sabor?
7. ¿Estan sus dientes sensitivos al frio, caliente, o algo dulces? (explique por favor) \_\_\_\_\_
8. ¿Rechina Usted sus dientes (explique)? \_\_\_\_\_
9. ¿Que es su **PROBLEMA PRINCIPIA** hoy de su boca? \_\_\_\_\_

**Tiene o ha tenido Usted alguna condiciones que siguen (marque en la cajita):**

	si	no		si	no
Asma			Alta Presion Sanguinea		
Momores de Corazon			<b>Hepatitis</b> A, B o C _____		
<b>Prolapso Valvula Mitral</b>			HIV – Positivo / AIDS		
Fiebre Reumatica			Enfermedad de los Tiroides		
Ataque Cardiaco			Transfucion de Sangre Reciente		
Operacion del Corazon _____			Enfermedad de Sanguinea		
Otra Problemas del Corazon _____			Artritis o Gota		
Susuro de Corazon			Coyuntura Artificial		
Marcapasos Cardiaco			Nerviosidad		
<b>Diabetes</b>			Epilepsia / Desmayos		
Angina de Pecho			Dolor de la Cabeza / Migrania		
Problemas del Oido _____			Adiccion a una(s) droga(s) explique _____		
Enfermedad Estomacal			Steroides (dos anos pasados)		
Tuberculosis			Cancer		
Enfisema			<b>Embarasada</b> ahorita (# de meses _____)		
Problemas con los Rinones _____			<b>Metals o Pernos</b> en su cuerpa		

