

Historia Dental

☐ Ha sido hospitalizado en los ultimos 5 anos?
Si contesta si, cual es la razon _____

Fecha de su ultimo examen: _____
Para que fue este examen? _____

☐ Esta bajo algun tratamiento medico?
Si contesta si, cual es la razon _____

Cual es el nombre de su medico? _____

Para las siguientes preguntas, porfavor marque lo que se aplica a usted. Sus respuestas son confidenciales.

Le estaremos haciendo preguntas acerca de lo que contesto.

Nuestro equipo le puede hacer preguntas adicionales sobre su salud.

☐ Reflujo acido
☐ Alergias
☐ Enfermedad en la sangre
☐ Cancer
☐ Dolor en el cuello
☐ Apretar la mandibula
☐ Ansiedad Dental
☐ Difucultad Masticando
☐ Enfisema
☐ Epilepsia
☐ Sangrado Excesivo
☐ Dolor en su cara
☐ Glaucoma
☐ Dolor de cabeza
☐ Dano en la cabeza

☐ Artritis
☐ Alta presion
☐ Sida
☐ Azucar baja
☐ Insomnio
☐ Sustitucion de la articulacion
☐ Enfermedad renal
☐ Enfermedad del higado
☐ Apertura limitada de su boca
☐ Migranas
☐ Prolapso de la valvula mitral
☐ Transplante de organos
☐ marcapaso
☐ Presion atras de sus ojos
☐ Tratamiento de radiacion

☐ Fiebre reumatica
☐ Sinositis
☐ Derrame Cerebral
☐ Tiroides
☐ Ruidos en los oidos
☐ Dolor en la mandibula
☐ Ulceras
☐ Mareo
☐ Diabetes_
Mujeres:
☐ Esta Embarazada?
☐ Si contesta no, esta planeando salir embarazada en un futuro cercano?
☐ Esta amamantando a su bebe?
☐ Esta tomando pastilles anticonceptivas?

Alergias

Es usted alergico(a) a los siguientes medicamentos?

☐ Anestesia Local	☐ Erytromicina	☐ Penicilina u otros antibioticos
☐ A los guantes de plastico	☐ Sulfa	☐ Aspirina
☐ Codeina	☐ Otro _____	

Porfavor liste cualquier otro medicamento que este tomando en este momento:

Autorizacion para tomar fotos y Contrato por los sevicios prestados

Yo entiendo que la informacion que di hoy aqui es correcta. Yo tambien entiendo que la informacion que di hoy aqui es totalmente confidencial y que es mi responsabilidad informar a esta oficina de cualquier cambio de mi estado medico. Yo autorizo al equipo de esta oficina para proveer cualquier trabajo dental necesario durante el diagnostico y tratamiento, con mi concentimiento. **El pago debe efectuarse en su totalidad en el momento del tratamiento.** al menos que se hayan hecho arreglos antes. Yo entiendo que soy responsable del pago de los servicios dentales y que soy responsable de cualquier pago parcial o deducible que mi seguro no cubra. Yo autorizo a esta oficina dental a recibir pago directo de mis beneficios del seguro. Yo entiendo que es mi responsabilidad pagar en totalidad por mis servicios dentales. Yo autorizo a esta oficina a proveer cualquier informacion de mi tratamiento a mi compania de seguros. El equipo del Dr. Ramirez tomara fotos digitales y de esta manera podemos documentar mejor la condicion de sus dientes y encillas. Estas fotos ayudan a un diagnostico mas exacto. El Dr. Ramirez publica ciertos articulos y hace presentaciones a otros dentistas. Estas fotos ayudan a explicar las ultimas tecnicas usadas y los resultados obtenidos. . La firma de este documento nos autoriza a poder usar ciertas fotografias para propositos educacionales.

Firma _____

Fecha _____