

**North Mesquite Dental Group**

Fecha: \_\_\_\_\_

**Datos Personales**

Nombre \_\_\_\_\_ MI \_\_\_\_\_

Apellido \_\_\_\_\_

Apodo: \_\_\_\_\_

Masculino  Femenino

Telefono Casa \_\_\_\_\_

Telefono Trabajo \_\_\_\_\_

Telefono Celular \_\_\_\_\_

Mejor momento y lugar para llamar

\_\_\_\_\_

Direccion electronica

\_\_\_\_\_

Direccion \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ # \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_

Codigo Postal \_\_\_\_\_

# de Seguro Social \_\_\_\_\_

Fecha de

Nacimiento \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_

Casado(a)  Soltero(a)  Menor

Divorciado(a)  Separado(a)  Viudo

Empleador: \_\_\_\_\_

Cargo: \_\_\_\_\_

Nombre de su conyuge: \_\_\_\_\_

Empleador \_\_\_\_\_

Cargo: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

# de Seguro Social \_\_\_\_\_

Otros Miembros de Familia vistos por

esta oficina \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

En caso de emergencia llamar a:

\_\_\_\_\_

Telefono Casa \_\_\_\_\_

Telefono Trabajo \_\_\_\_\_

Telefono Celular \_\_\_\_\_

Quien le recomendo esta oficina?

\_\_\_\_\_

**Informacion de su seguro**

Nombre de la Compania: \_\_\_\_\_

Telefono: \_\_\_\_\_

# del grupo: \_\_\_\_\_

Nombre del asegurado(a): \_\_\_\_\_

Parentesco: \_\_\_\_\_

IDN del asegurado(a): \_\_\_\_\_

# de Seguro Social: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

**Informacion Odontologica**

Cual es la razon de su visita? \_\_\_\_\_

Odontologo anterior \_\_\_\_\_

Ciudad / Estado \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_

Ultimo examen dental: \_\_\_\_\_

Ultima radiografia Odontologica \_\_\_\_\_

¿Lleva puesta usted DENTADURA

POSTIZA? YES NO

¿Si sí usted es feliz con ellos? YES NO

¿Ha tenido usted PERIODONTAL

(goma) Tratamientos? YES NO

Encias Enrojecidas, inflamadas o

sangrantes YES NO

Sensibilidad dental o encias YES NO

Consume Ud. Tabaco YES NO

¿Usted es INFELIZ con el aspecto de

sus dientes? YES NO

¿Usted es consciente de MOLIENDA O

APRETADURA de usted dientes?

YES NO

Dolor Frecuente en el Cuello YES NO

¿Tiene usted SUELTO, TIPPED O

CAMBIO de dientes? YES NO

¿Ha llevado puestos usted TIRANTES

en sus dientes? (ORTODONCIA)

YES NO

¿Tiene usted dientes DESCOLORADOS

que le molestan? YES NO

Calza partida o perdida YES NO

Ampollas O llagas dentro o alrededor de

la boca. YES NO

Cuantas veces utilize hilo dental \_\_\_\_\_

Cuantas Veces se cepilla los dientes \_\_\_\_\_

## Historia Medica

El Nombre del Médico \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_ Fecha de última

Visita \_\_\_\_\_ ¿Tiene usted PROBLEMAS DE SALUD CORRIENTES? YES NO

¿Son usted bajo un cuidado de MÉDICOS ahora? YES NO

¿Si sí para qué? \_\_\_\_\_

**Por favor marque cualquiera de los siguientes que usted ha tenido o tiene actualmente:**

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Ataque Cardíaco                | <input type="checkbox"/> Enfermedad cardíaca              | <input type="checkbox"/> Problemas de los Rinones      |
| <input type="checkbox"/> Presion Arterial Alta          | <input type="checkbox"/> Soplo Cardíaco                   | <input type="checkbox"/> Hepatitis Type _____          |
| <input type="checkbox"/> Lesiones de Corazón congénitas | <input type="checkbox"/> Fiebre Escarlata                 | <input type="checkbox"/> Ictericia amarilla            |
| <input type="checkbox"/> Cirugia del Corazon/Marcapasos | <input type="checkbox"/> Cirugía de corazón               | <input type="checkbox"/> Hemophilia                    |
| <input type="checkbox"/> Anemia                         | <input type="checkbox"/> Problemas del Hígado             | <input type="checkbox"/> Desmayos                      |
| <input type="checkbox"/> Ulceras                        | <input type="checkbox"/> Abuso de Drogas                  | <input type="checkbox"/> Anemia de células falciformes |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis B (Suero)            | <input type="checkbox"/> Convulsiones/ Epilepsia          | <input type="checkbox"/> Enfermedad Venerea            |
| <input type="checkbox"/> Transfusión de sangre          | <input type="checkbox"/> Problemas Psiquiatricos          | <input type="checkbox"/> Fiebre del heno               |
| <input type="checkbox"/> Ampollas de Fiebre             | <input type="checkbox"/> Quimioterapia                    | <input type="checkbox"/> Diabetes/ Hipoglicemia        |
| <input type="checkbox"/> Nerviosismo                    | <input type="checkbox"/> Asma                             | <input type="checkbox"/> Artritis                      |
| <input type="checkbox"/> Glaucoma                       | <input type="checkbox"/> Alergias o urticaria             | <input type="checkbox"/> Mandibula trabada             |
| <input type="checkbox"/> Tuberculosis (TB)              | <input type="checkbox"/> tratamiento de Rayos X o Cobalto | <input type="checkbox"/> Pulmonía                      |
| <input type="checkbox"/> Problemas de sinusitis         | <input type="checkbox"/> Medicación de cortisona          | <input type="checkbox"/> ¿Tome la aspirina cada día?   |
| <input type="checkbox"/> Problemas de la Tiroides       | <input type="checkbox"/> Trastornos Hemorragicos          |  |
| <input type="checkbox"/> Reumatismo                     | <input type="checkbox"/> Enfisema                         |  |
| <input type="checkbox"/> Abuso de Alcohol               | <input type="checkbox"/> Angina pectoris                  |  |
| <input type="checkbox"/> Contusión Fácilmente           | <input type="checkbox"/> Fiebre Reumatica                 |  |
| <input type="checkbox"/> VIH+/SIDA/ARC                  | <input type="checkbox"/> valvulas Artificiales            |  |

¿Lleva puestas usted Lentes de Contacto? Y N

### Para Mujeres

Esta Ud. embarazada Y/N

Desde Cuando \_\_\_\_\_

Esta Ud. amamantando? YES NO

Toma de píldoras anticonceptivas?

YES NO

Esta Ud. tomando alguno de los siguientes medicamentos? \_\_\_\_\_

Nombre de Farmacia \_\_\_\_\_

Telefono: \_\_\_\_\_

### Es Ud alergico a alguno de los siguientes Medicamentos

- Aspirina
- Codeína
- Yodo
- Latex
- Anestésicos dentales
- Penicilina/Amoxilina
- Sulfonamida
- Otros \_\_\_\_\_

Le han dicho alguna vez que usted tiene que tomar la Premedicación antes de visitas dentales? Y N

Entiendo y estoy de acuerdo que (sin tener en cuenta mi estado de seguros); soy por último responsable del equilibrio de mi cuenta para cualquier servicio profesional dado. He leído toda la información a ambos lados de esta hoja y he completado las susodichas respuestas. Certifico que esta información es verdadera y correcta a mejor de mi conocimiento. Le notificaré de cualquier cambio de mi estado de la susodicha información.

\_\_\_\_\_  
Firma/Fecha (padre si Menor)