

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.

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Reflujo acido | <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Fiebre reumatica |
| <input type="checkbox"/> Alergias | <input type="checkbox"/> Alta presion | <input type="checkbox"/> Sinositis |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad en la sangre | <input type="checkbox"/> Sida | <input type="checkbox"/> Derrame Cerebral |
| <input type="checkbox"/> Cancer | <input type="checkbox"/> Azucar baja | <input type="checkbox"/> Tiroides |
| <input type="checkbox"/> Dolor en el cuello | <input type="checkbox"/> Insomnio | <input type="checkbox"/> Ruidos en los oidos |
| <input type="checkbox"/> Apretar la mandibula | <input type="checkbox"/> Sustitucion de la articulacion | <input type="checkbox"/> Dolor en la mandibula |
| <input type="checkbox"/> Ansiedad Dental | <input type="checkbox"/> Enfermedad renal | <input type="checkbox"/> Ulceras |
| <input type="checkbox"/> Difucultad Masticando | <input type="checkbox"/> Enfermedad del higado | <input type="checkbox"/> Mareo |
| <input type="checkbox"/> Enfisema | <input type="checkbox"/> Apertura limitada de su boca | <input type="checkbox"/> Diabetes_ |
| <input type="checkbox"/> Epilepsia | <input type="checkbox"/> Migranas | Mujeres: |
| <input type="checkbox"/> Sangrado Excesivo | <input type="checkbox"/> Prolapso de la valvula mitral | <input type="checkbox"/> Esta Embarazada? |
| <input type="checkbox"/> Dolor en su cara | <input type="checkbox"/> Transplante de organos | <input type="checkbox"/> Si contesta no, esta planeando salir embarazada en un futuro cercano? |
| <input type="checkbox"/> Glaucoma | <input type="checkbox"/> marcapaso | <input type="checkbox"/> Esta amamantando a su bebe? |
| <input type="checkbox"/> Dolor de cabeza | <input type="checkbox"/> Presion atras de sus ojos | <input type="checkbox"/> Esta tomando pastilles anticonceptivas? |
| <input type="checkbox"/> Dano en la cabeza | <input type="checkbox"/> Tratamiento de radiacion | |

Alergias

Es usted alergico(a) a los siguientes medicamentos?

- | | | |
|--|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Anestesia Local | <input type="checkbox"/> Erytromicina | <input type="checkbox"/> Penicilina u otros antibioticos |
| <input type="checkbox"/> A los guantes de plastico | <input type="checkbox"/> Sulfa | <input type="checkbox"/> Aspirina |
| <input type="checkbox"/> Codeina | <input type="checkbox"/> 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 _____