

Junior Smiles Of Stafford

1 INFORMACION DE PACIENTE

Fecha _____ Fecha de nacimiento _____

SSN# _____
Nombre preferido _____

Nombre de paciente _____
Apellido _____ Nombre _____

Domicilio _____

Ciudad _____ Estado _____ Zona postal _____

Correo electrónico _____

Sexo V F Edad _____

¿Si usted fue recomendado a quien le debemos las gracias?

¿De qué modo sería la mejor manera de contactarlo?

Correo electrónico Teléfono Menaje de texto

Lugar de Empleo de Paciente o Guarda _____

Ocupacion _____

Domicilio de Empleo _____

Ciudad _____ Estado _____ Zona postal _____

Número de telefono de trabajo (_____) _____

Nombre de Guarda o Esposo(a) _____

Domicilio _____

Ciudad _____ Estado _____ Zona postal _____

Fecha de nacimiento _____

Número de seguro social _____

2 NÚMERO DE TELEFONO

Casa(_____) _____ Trabajo (_____) _____ Ext _____ Celular(_____) _____

Trabajo de esposo(a)(_____) _____ Mejor tiempo y lugar para contactarlo _____

EN CASO DE UNA EMERGENCIA A QUIEN PUEDEMOS LLAMAR (Especifique a alguien que no vive en la casa con usted)

Nombre _____ Su relación con el paciente _____

Número de casa (_____) _____ Número de trabajo (_____) _____ Ext _____

3 HISTORIA DENTAL

Motivo de la visita de hoy _____

Dentista Anterior _____

Ciudad /Estado _____

Fecha de la última visita dental _____

Fecha de última radiografía dental _____

Marqué "Sí" o "No" para indicar si ha tenido alguno de los siguientes:

| | | | | | |
|--|-----------------------------|-----------------------------|----------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| Sangrado de las encías | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Morder los labios o cachetes | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Mal aliento | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Dientes sueltos o rellenos rotos | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Ampollas en labios o boca | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Respiración de la boca | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Sensación de ardor en la lengua | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Dolor en la boca de cepillado | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Masticar en un lado de la boca | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Tratamiento de ortodoncia | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Fumar cigarrillo, pipa o puros | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Dolor alrededor de la oreja | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Tronado o reventar de mandíbula | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Tratamiento de periodontal | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Boca seca | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Sensibilidad al frío | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Morderse las uñas | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Sensibilidad al caliente | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Colección de la comida entre los dientes | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Sensibilidad a dulces | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Objetos extraños | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Sensibilidad al morder | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Rechinar dientes | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Herpes o crecimientos en la boca | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Encías hinchadas o adoloridas | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | | | |
| Dolor en la mandíbula o cansancio | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | | | |

¿Con qué frecuencia usted usa hilo dental? _____

¿Con qué frecuencia usted cepilla? _____

4 HISTORIA DE LA SALUD

Alguna vez ha tomado cualquiera del group de drogas denominadas colvectivamente como “fen-phen?” Estos incluyen combinaciones de lonimin, Adipex, Fastin (marcas de la fentermina), Luminal (fenfluramina) y Redux (dexfenfluramina).

Sí No

Marqué “Sí” o “No” para indicar si ha tenido alguno de los siguientes:

| | | | | | |
|----------------------------------|---|----------------------------|---|-----------------------------|---|
| SIDA/VIH | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | ¿Usas lentes de contacto? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Tratamiento de radiación | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Anemia | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Enfisema | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Enfermedad respiratorias | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Artritis, Reumatismo | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Epilepsia | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Fiebre reumática | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Válvulas de corazón artificiales | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Desmayos o mareos | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Escarlatina | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Articulaciones artificiales | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Glaucoma | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Dificultad para respirar | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Asma | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Dolor de cabeza | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Problemas del seno | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Problemas de espalda | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Soplo de corazón | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Ronchas en la piel | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Bisphosphonates | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Problemas de corazón | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Dieta especial | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| (Boniva, Fosamax or Zometa) | | Tipo de hepatitis _____ | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Embolio | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Sangrado anormal con | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Herpes | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Pies o tobillos hinchados | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| extracciones o cirugía | | Alta presión | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Glándulas del cuello | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Enfermedad de la sangre | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Ictericia | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | inflamado | |
| Cáncer | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Dolor en la mandibular | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Problemas de la tiroides | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Dependencia química | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Enfermedad de riñón | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Amigdalitis | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Quimioterapia | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Enfermedad del hígado | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Tuberculosis | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Problemas circulatorios | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Presión arterial baja | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Tumor o crecimiento en | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Lesiones de corazón congénitas | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Prolapso do válvula mitral | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | cabeza o cuello | |
| Tratamientos de cortisona | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Problemas nerviosos | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Úlcera | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Tos, persistente o sangre | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Marcapasos | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Enfermedad venérea | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Diabetes | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Atención psiquiátrica | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Pérdida de peso inexplicada | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |

Alguna vez ha estado hospitalizado? Sí No En caso que sí explicar _____ Fecha _____

Mujeres:

Esta embarazada Sí No Fecha de espera _____ ¿eres mama alimentación? Sí No
 Esta usando anticonceptivos Sí No

Nombre de Médico _____ **Número de teléfono(____)** _____ **Fecha de última visita** _____

| MEDICACIONES | ALERGIAS |
|--|---|
| Lista su medicamentos que está tomando actualmente y el diagnostic correspondiente: _____ _____ _____ Nombre de la farmacia _____ Número de teléfono(____) _____ La información dada a nosotros es exacta al mejor de su conocimiento _____ Firma del Paciente o Guarda | <input type="checkbox"/> Aspirina <input type="checkbox"/> Anestesia Local (Novacaina) <input type="checkbox"/> Barbituricos <input type="checkbox"/> Penicillina <input type="checkbox"/> Codeina <input type="checkbox"/> Sulfa/ Sulfato/ Sulfitos <input type="checkbox"/> Yodo <input type="checkbox"/> Otros medicamentos cuales? _____ <input type="checkbox"/> Latex, Metales, Plastico <input type="checkbox"/> Ninguna |

5 ACTUALIZAR (A rellenarse en futuras citas)

¿Ha habido algún cambio en su salud desde última cita con el dentista? Sí No

En caso que sí explicar _____

¿Está tomando algún medicamento nuevo? _____ Sí para que es? _____

Firma del Paciente o Guarda

Fecha