

## BIENVENIDOS

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_

Como prefiere ser llamado? \_\_\_\_\_

Edad \_\_\_\_\_ Masculino \_\_\_\_\_ Femenino \_\_\_\_\_

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

Dirección \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Teléfono (casa) \_\_\_\_\_ Trabajo \_\_\_\_\_

Celular \_\_\_\_\_

Razón de la cita de hoy \_\_\_\_\_

A quien le damos las gracias por la recomendación? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Como cortesía en un futuro vamos a estar recordándoles a los pacientes de sus citas por correo electrónico, por favor apunte su dirección de correo electrónico:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## INFORMACION DE CONTACTO DE EMERGENCIA: A Quien Podemos Llamar En Caso De Emergencia:

Nombre: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Relación al Paciente: \_\_\_\_\_

## HISTORIA DENTAL

Es la primera visita dental: Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Dentista Anterior \_\_\_\_\_ Ultima Visita \_\_\_\_\_

Ha tenido problemas de:

Rechinamiento de dientes \_\_\_\_\_ Cuando \_\_\_\_\_

Dolor de Dientes \_\_\_\_\_ Cuando \_\_\_\_\_

Ha tenido alguna reacción desfavorable después de previos tratamientos médicos/dentales? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Existe algo que quisiera cambiar de su sonrisa? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## HISTORIA MEDICA

Esta usted actualmente bajo el cuidado de un especialista ó medico de salud por alguna razón?  
Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Sí, Porque? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Nombre de Especialista: \_\_\_\_\_

Numero de Teléfono \_\_\_\_\_

Tiene historia familiar de problemas de salud? \_\_\_\_\_

Si, Cual? \_\_\_\_\_

Ha sido hospitalizado alguna vez? Si \_\_\_ No \_\_\_  
Sí, Porque? \_\_\_\_\_

Es usted alérgico alguna medicina? Si \_\_\_ No \_\_\_  
Si, Cual? \_\_\_\_\_

Son antibióticos necesarios para el trabajo dental debido a un soplo de Corazón, prótesis, desvió u otra razón medica? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Toma usted alguna medicina? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_  
Si, Cual? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Tiene usted una historia de medicinas que toma con frecuencia? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_  
Si, Cual? \_\_\_\_\_

Es usted alérgico a algún tinte? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_  
Si, Cual? \_\_\_\_\_

Es usted alérgico a algún limpiador ambiental?  
Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_  
Si, Cual? \_\_\_\_\_

Es Usted alérgico alguna comida? Si \_\_\_ No \_\_\_  
Si, Cual? \_\_\_\_\_

Es usted alérgico a látex, metales, ó acrílicos?  
Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_  
Si, Cual? \_\_\_\_\_

Tiene algún miembro de la familia, ó incluso usted ha tenido algún problema con el anestésico general? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

**POR FAVOR CIRCULAR LO QUE PERTENECE A USTED:**

SIDA O VIH

Anemia

Artritis

Asma, que lo provoca? \_\_\_\_\_

Autismo

Condiciones de la vejiga

Enfermedades de la Sangre

Transfusiones de Sangre

Defectos de Nacimiento

Problemas de huesos/articulaciones

Sustitución de articulación

Derrame Cerebral

Se le hacen Moretones Fácilmente

Cáncer ó Malignidad

Parálisis Cerebral

Radiación ó Quimioterapia

Abuso de niño

Infección de adenoides/amígdalas crónica

Infecciones de oído Crónicas

Labio/Paladar Hendido

Lesión de Corazón Congénita

Convulsiones/Desmayos

Retraso en el Desarrollo

Diabetes- Tipo 1 \_\_\_\_\_ Tipo 2 \_\_\_\_\_

Drogadicción

Oído Congestionado, Picando, ó Ruidos

Perturbación Emocional

Epilepsia

Problema de Ojos

Problema de Sangrado Excesivo

Problemas de Nausea ó Vómito

Desmayo ó Mareo

Ampollas de Fiebre

Crecimiento y Problemas del Desarrollo

Cirugía de Corazón

Dolores de Cabeza

Daños del Oído/Sodera

Soplo ó Defecto de Corazón

Reemplazo de Válvula/Stent

Hemofilia

Hepatitis ó Enfermedad de Hígado

Hipertensión

Hiperactividad/ ADD

Enfermedad de Riñón

Leucemia

Invalidez Mental

Llagas de Boca

Deficiencia alimenticia

Problemas Ortopédicos

Dolor en las Uniones de la Mandíbula

Nacimiento Prematuro

Cuidado Psiquiátrico

Fiebre Reumática

Escoliosis

Anemia de Células Falciformes

Fumador

Síndrome \_\_\_\_\_

Tuberculosis

Otro \_\_\_\_\_

**HISTORIA DENTAL PREVENTIVA**

Con que frecuencia se cepilla el niño? \_\_\_\_\_

Es supervisado? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Por Quien? \_\_\_\_\_

Usa el hilo dental? \_\_\_\_\_

Esta su niño recibiendo:

Fluoruro en las vitaminas \_\_\_\_\_

Pastillas/Gotas Fluoruro \_\_\_\_\_

Agua con Fluoruro \_\_\_\_\_

Agua de Botella \_\_\_\_\_

Agua Purificada \_\_\_\_\_

**PERSONA RESPONSABLE**

Nombre Completo: \_\_\_\_\_

Parentesco con el paciente: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Zip: \_\_\_\_\_

SS#: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Teléfono (casa) \_\_\_\_\_ Trabajo/Celular#: \_\_\_\_\_

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

Ocupación: \_\_\_\_\_

**INFORMACION DE SEGURO PRIMARIO:**

Nombre del Asegurado: \_\_\_\_\_

Numero de Social del Asegurado: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento del Asegurado: \_\_\_\_\_

Nombre del Seguro: \_\_\_\_\_

Numero de Teléfono de Seguro: \_\_\_\_\_

**INFORMACION DE SEGURO SECUNDARIO:**

Nombre del Asegurado: \_\_\_\_\_

Numero de Social del Asegurado: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento del Asegurado: \_\_\_\_\_

Nombre del Seguro: \_\_\_\_\_

Numero de Teléfono de Seguro: \_\_\_\_\_

# Healthy Smiles

---

215 Bowman Rd  
Little Rock, AR 72211

Yo he recibido y/o revisado una copia de  
Healthy Smiles  
Noticia de práctica de privacidad

**\*USTED PUEDE REUSARSE A FIRMAR ESTE FOLLETO DE PRIVACIDAD\***

Nombre: \_\_\_\_\_

Firma del solicitante: \_\_\_\_\_

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

Yo autorizo a las siguientes personas como mis representantes / personas de confianza:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**\*PARA USO OFICIAL DE LA OFICINA SOLAMENTE\***

Nosotros quisimos obtener por escrito el recibo de nuestra Política de Privacidad,  
Pero no pudo ser obtenido porque:

- La persona no quiso firmar
- Las barreras de comunicación prohíben obtener el conocimiento
- Una situación de emergencia nos bloquea para obtener el conocimiento
- Otro (Específica aquí): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del miembro de la oficina

\_\_\_\_\_  
Fecha

