

BIENVENIDOS A BRISTOL DENTAL GROUP

Gracias por elegir y confiar en nuestra oficina para sus necesidades dentales, prometemos brindarle la mejor atencion y el mejor cuidado

INFORMACION DEL PACIENTE

Apellido	Inicial	Primer Nombre
Nombre _____		
Fecha De Nacimiento _____		• Hombre •Mujer
Domicilio _____		Apt/Unidad _____
Ciudad _____	Estado _____	Zona Postal _____
• Menor • Soltero • Casado • Divorciado • Viudo • Separado		
Numero De Seguro Social _____		
A quien tenemos que agradecer por referirlo? _____		

INFORMACION DE NUMEROS PERSONALES

Numero adecuado para poder ser contactado de 8am – 5pm: () _____
Por favor indique uno: Casa Cellular Trabajo Otro _____

Numero secundario para ser contactado : () _____
Por favor indique uno : Casa Trabajo Cellular Otro _____

PARTE RESPONSABLE

Persona responsable _____
Relacion con paciente _____
Domicilio _____
Telefono () _____
Seguro social # _____ Licencia de conducir # _____
Fecha de nacimiento _____
Es usted un paciente actual en nuestra oficina?: • Si • No

CONTACTO DE EMERGENCIA

Nombre de persona en caso de emergencia _____
Relacion con paciente _____
Telefono para ser contactado () _____

HISTORIA DENTAL

Razon de la visita _____
Fecha de ultima visita Dental/Radiografias: _____
Que tan constante utiliza hilo dental? _____ Que constant se cepilla? _____

Marque si aplica para lo siguiente:

Mal aliento	Sensibilidad al dulce	rechinar los dientes	comida entre los dientes
Sangramiento de las ancia	Sensibilidad a lo caliente/frio	frenos	crecimientos en la boca
Dientes flojos	Sensibilidad al morder	rellenos quebrados	boca seca

Como se siente de su sonrisa?

Estas experimentando algun dolor o molestia dental? Si No

Por favor marque Si o No:

Sida/HIV positive	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Medicina de cortisona	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
Enfermedad de Alzheimer	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Diabetico	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
Anfilixia	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Drogadiccion	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
Anemia	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Facilmente sinuoso	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
Angina de pecho	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Enfisema	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
Artritis/Gota	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Epilepsia o convulsiones	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
Valvula de Corazon artificial	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Sangrado exessivo	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
Articulacion Artifical	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Sed excesiva	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
Asma	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Desmayos o episodios de desmayo	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
Enfermedad de la sangre	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Tos frecuente	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
Tranfusion de sangre	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Diarrea frecuente	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
Problemas respiratorios	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Dolores de cabeza frecuentes	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
Facilmente Abollado	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Herpes genital	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
Cancer	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Glaucoma	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
Quimioterapia	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Fiebre del heno	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
Dolores en el pecho	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Ataque al Corazon o insuficiencia cardiaca	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
Ampollas de fiebre	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Soplo cardiaco	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
Cardiopatía congenita	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Marcapasos de infarto de miocardio	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
Convulsiones congenitas	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Enfermedades o problemas del corazon	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
Ictericia amarilla congenita	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Endocarditis infecciosa previa	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
CHD reparado con defectos	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Tratamientos de radiacion	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
Hemofilia	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	CHD cianotico no reparado	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
Hepatitis A	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Perdida de peso reciente	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
Hepatitis B o C	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Dialisis renal	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
Herpes	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Fiebre reumatica	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
Alta presion sanguinea	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Reumatismo	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
Colesterol alto	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Escarlatina	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
Urticaria o sarpullido	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Culebrilla	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
Hipoglucemia	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Enfermedad de celula falciforme	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
Ritmo cardiaco irregular	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Problemas del sinusitis	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
Problemas de rinon	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Espina bifida	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
Leucemia	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Enfermedad estomacal intestinal	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
Enfermedad del higado	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Derrame cerebral	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
Presion arterial baja	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Hinchazon de extremidades	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
Enfermedad pulmonar	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Enfermedad de tiroides	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
Prolapso de la vulva mitral	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Amigdalitis	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
Osteoporosis	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Tuberculosis	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
Dolor en las articulas de la mandibula	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Tumores o crecimiento	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
Enfermedad paratiroidea	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Ulceras	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
Atencion psiquiatra	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Enfermedad venerea	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
Valvulas danadas en Corazon trasplantado	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	CHD cianotico no reparado	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No

Ha sufrido enfermedades serias que no hagamos mencionado? Si No Explique _____

Nombre de su Medico _____ Fecha de Ultima visita _____

Le ha recomendado su doctor tomarse antibioticos antes de su tratamiento dental? ●S ●N

Protesis artificiales? Valvula del Corazon? ●S ●N Endocarditis infecciosa previa? ●S ●N

Valvulas danadas en Corazon trasplantado? ●S ●N Cardiopatía congenital? ●S ●N

Chd cianotico no reparado? ●S ●N Reparado (completamente) en los ultimos 6 meses? ●S ●N

Reparado CHD con residual defectos? ●S ●N

Excepto las condiciones listadas anteriormente , profilaxis antibiotica Ila no es recomendado por cualquier otra forma de CHD

Ha tenido enfermedades serias o cirugia seria? ●S ●N Explique _____

Estas tomando alguna medicacion, pastillas, or recetas medicas? ●S ●N

Mencionar: _____

Tuvo algun reemplazo articular ortopedico?(cadera, rodilla, kodo, dedo) ●S ●N Explique _____

Ha tomado "fen-phen?" incluyendo combinaciones de loning, Fentermina, Ayuno (cualquier nombre de fenterminas). La reflexion (fenfluramina) y Reducir (dexfenfluramina). ●S ●N

Ha tomado Fosamax, Boniva, Actonel o cualquier otro medicamento conteniendo bisfosfonato para el osteoporosis? ●S ●N

Estas bajo el cuidado de un doctor? ●S ●N

Ha sido hospitalizado o tenido una operacion mayor? ●S ●N Explique : _____

Ha sufrido lesion grande grave en la cabeza o el cuello? ●S ●N

Explique: _____

Tomando una dieta especial? ●S ●N

Explique: _____

Usa tobacco/Cannabis? ●S ●N Usa sustancias controladas? ●S ●N

Mujeres Solamente: Esta...

Embarazada?

Amamantando?

Tomando pastillas anticonceptivas?

Eres Alergico/Alergica?

• Los guantes Latex

• Penicillina/Antibioticos

• Acrilico

• Anestésicos locales

• Metal • Aspirina

• Sulfamidas

• Codeina/Narcoticos

• Barbituricos, sedantes, o pastillas para dormir

• Yodo

• Otro- Explique:

LIBERACION DE AUTORIZACION

Por lo mejor de mi conocimiento, las preguntas de este cuestionario se han contestado correctamente. Entiendo que al proporcionar informacion incorrecta puede ser peligrosa para mi salud. Es mi responsabilidad informar a la oficina dental de cualquier cambio en el estado medico. Yo no hare a mi doctor o algun miembro de su despacho responsable por cualquier error o omission que yo haya podido cometer al completar esta forma. Yo autorizo que mi seguro dental pague mis costos directamente a mi oficina dental. Entiendo que si mi seguro dental no paga, yo soy responsable por los gastos de cualquier visita o tratamiento dental. Pago se debe en su totalidad el dia de tratamiento a menos que se haya hecho un arreglo con la oficina dental. Iniciales _____

Firma del paciente or Firma de responsable si es menor

Fecha

Ha revisado la informacion y historia medica de este paciente

Dr's Signature

Date