

Bienvenido a nuestra oficina. Su cooperacion en llenar estos datos nos ayudara a evaluar su problema periodontico.

FECHA	NOMBRE	EDAD	FECHA NACIMIENTO	SEXO
Direccion _____ Ciudad _____ Zip _____ Telefono _____ Celular _____ Email _____ <input type="checkbox"/> Nos permite comunicacion por e-mail Ocupacion _____ Lugar de trabajo y direccion _____ Zip _____ Telefono _____ Referido por _____		Seguro social _____ Licencia de conducir _____ Estado Civil: Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Nombre de esposa(o) _____ Ocupacion _____ Lugar de trabajo y direccion _____ Zip _____ Telefono _____		

Tiene Ud. seguro dental? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	# Poliza _____ # Grupo _____ # Identificacion _____
Compañia _____	Nombre de asegurado _____
Direccion _____	Autorizo a la compañía de seguros a hacer pagos directamente a Drs. Witkin & Centurion.
Autorizo enviar informacion hacia el tratamiento dental. Acepto esponsabilidad por el saldo restante.	
Firma _____ Fecha _____	Firma _____ Fecha _____

SU MEDICO ES:	TELEFONO
DIRECCION _____	ULTIMO EXAMEN

MI SALUD ES: Excelente <input type="checkbox"/> Buena <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Pobre <input type="checkbox"/>	Si	No
1. Esta Ud. bajo tratamiento medico? Por que motivo?		
2. Toma Ud. algun medicamento regularmente? Cual:		
3. Toma Ud. antibiotico antes de tratamiento dental? Cual:		
4. Es Ud. alergico(a) a?: Penicilina <input type="checkbox"/> Codeina <input type="checkbox"/> Aspirina <input type="checkbox"/> Otros, especifique <input type="checkbox"/>		
5. Ha tenido alguna enfermedad seria u operacion? Especifique:		
6. Ha estado hospitalizado en los ultimos 5 anos? Por que motivo?		
7. Ud. fuma? Cigarros _____ Cuantos paquetes diarios _____ Cuantos años _____		
8. Ha tenido problema con sangramient excesivo?		
9. Ud. tiene o ha tenido? <input type="checkbox"/> SIDA (HIV positivo) <input type="checkbox"/> Epilepsia <input type="checkbox"/> Hepatitis <input type="checkbox"/> Enfermedad del Higado <input type="checkbox"/> Dependencia de alcohol o drogas <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Presion Alta <input type="checkbox"/> Fiebre Reumatica <input type="checkbox"/> Anemia <input type="checkbox"/> Problema Cardiaco <input type="checkbox"/> Protesis Artificial <input type="checkbox"/> Ulceras <input type="checkbox"/> Asthma <input type="checkbox"/> Murmullo Cardiaco <input type="checkbox"/> Enfermedad Renal <input type="checkbox"/> Enfermedades Venereas		
10. Tiene Ud. algun otro problema o enfermedad que no haya sido mencionado?		

DAMAS SOLAMENTE:		Si	No	
11. Esta Ud. embarazada?				En que mes?
12. Ud. toma pildoras anticonceptivas? Sabe Ud. que los antibioticos pueden afectar la efectividad de las pildoras anticonceptivas?				
13. Ud. esta en la menopausia? Tiene sintomas?				Cuales son?

Firma de Paciente	Fecha	Iniciales del Dr.
-------------------	-------	-------------------

**DENTAL HISTORY**

NOMBRE DE SU DENTISTA	
CUANTO HACE QUE ES SU PACIENTE?	
SU ULTIMA VISITA FUE?	QUE LE HICIERON?
HA IDO REGULARMENTE AL DENTISTA?	
CON QUE FRECUENCIA SE HACE LIMPIEZAS PROFESIONALES?	
CUAL ES LA RAZON DE SU VISITA?	
CUANTO TIEMPO HA TENIDO ESTE PROBLEMA?	
EN SU OPINION CUAL ES SU CONDICION DENTAL?	
ESTA SATISFECHO CON LA APARIENCIA DE SUS DIENTES? SI NO; POR QUE NO?	
ESTA SATISFECHO CON SU HABILIDAD DE MASTICAR?	
LE IMPORTAN SUS DIENTES?	
LE IMPORTARIA USAR DENTADURA POSTIZA?	
LE DUELEN LOS DIENTES?	LE DUELEN LAS ENCIAS?
TIENE ALGUN DIENTE FLOJO?	
LE SANGRAN LAS ENCIAS?	CUANDO?
TIENE MAL SABOR?	MAL ALIENTO?
HA TENIDO: TRATAMIENTO PERIODONTAL?	CUANDO?
LIMPIEZAS PROFUNDAS?	CUANDO?
ORTODONCIA?	TRATAMIENTO DE CONDUCTO?
ALGUN PROBLEMA CON TRATAMIENTO DENTAL?	
TIENE ALGUN HABITO BUCAL?	CUAL?
UD: CRUJE, _____ APRIETA SUS DIENTES? _____	CUANDO?
HA USADO UN PROTECTOR DE DIENTES?	
HA TENIDO? MANDIBULA CANSADA _____ SALTO EN LA ARTICULATION MANDIBULAR _____	MUSCULOS CANSADOS/SENSIBLE _____ DOLOR EN LOS LADOS DE LA CARA _____
CUANTAS VECES SE CEPILLA LOS DIENTES?	CUANDO SE CEPILLA?
TIPO DE CEPILLO: DURO _____ MEDIANO _____ SUAVE _____	
COMO SE CEPILLA? HACIA ARRIBA Y ABAJO _____ DE LADO A LADO _____ FRIEGA _____	
USA SEDA DENTAL? SI _____ NO _____ CON QUE FRECUENCIA?	
HA USADO? PALILLO DE DIENTES _____ PROXABRUSH _____ CONO DE GOMA _____ CEPILLO ELECTRICO _____ STIMUDENTS _____ WATER PIK _____ CUAL? _____	

GRACIAS POR SU COPERACION