

# Historial Del Paciente

Fecha \_\_\_\_\_

## Información Del Paciente

Patient Information

Nombre Del Paciente _____ Patient's Name	Correo Electrónico _____	
Fecha de Nacimiento _____ Date of Birth	Sexo _____ Sex	Seguro Social _____ Social Security#
Dirección _____ Address		
Numero Telefónico _____ Home Phone	Escuela Del Paciente y Grado _____ Patient's School & Grade	
Dentista Del Paciente _____ Patient's Dentist	Medico Del Paciente _____ Patient's Physician	
Pasatiempos _____ Hobbies	Nombre y Edad de Hermanos _____ Name & Age of Siblings	
Si el paciente es menor de edad, quienes son los padres o el nombre del guardián _____ If patient is a minor, give parent's or guardian's name		
¿A quién podemos dar las gracias por referirle a nuestra oficina? _____ Whom may we thank for referring you to our office?		

## Información Del Responsable

Responsible Party Information

Nombre _____ Name	Estado Civil _____ Marital Status	
Residencia _____ Residence		
Dirección de Envío _____ Mailing Address		
Cuanto tiene en esta vivencia _____ How long at this address	#Telefónico de la casa _____ Home Phone	#Telefónico del empleo _____ Work Phone
Dirección Previa(si menos de 3 anos) _____ Previous Address (if less than 3 yrs.)		
Seguro Social _____ Social Security#	Fecha de Nacimiento _____ Birthdate	Relación con el paciente _____ Relationship to Patient
Empleo _____ Employer	Ocupación _____ Occupation	Tiempo de Empleo _____ No. Yrs. Emp.
Nombre De Esposo(a) _____ Spouse's Name	Relación con el paciente _____ Relationship to Patient	
Empleo _____ Employer	Ocupación _____ Occupation	Tiempo de Empleo _____ No. Yrs. Emp.
Seguro Social _____ Social Security#	Fecha de Nacimiento _____ Birthdate	#Telefónico del empleo _____ Work Phone

## Información de Asegurancia

Insurance Information

Nombre del Asegurado _____ Insured's Name	Seguro Social del Asegurado _____ Insured's Social Security#	
Compañía de Asegurancia _____ Insurance Company	# De Grupo _____ Group #	Numero Local _____ Local #
Dirección de la Compañía de Asegurancia _____ Insurance Company Address		
¿Tiene doble cobertura? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si Sí, por favor complete lo siguiente: If yes, please complete the following:	
Nombre del Asegurado _____ Insured's Name	Seguro Social del Asegurado _____ Insured's Social Security#	
Compañía de Asegurancia _____ Insurance Company	# De Grupo _____ Group #	Numero Local _____ Local #
Dirección de la Compañía de Asegurancia _____ Insurance Company Address		

## Información en Caso de Emergencia

Emergency Information

Nombre & relación (alguien que no viva contigo) _____ Name & Relationship
Dirección _____ Address
Numero de Telefono _____ Phone Number

Comprendo que mi crédito podría ser revisado, en circunstancias apropiadas, y será mantenida confidencial.

Firma(Del Padre si menor de edad) \_\_\_\_\_

Actualizaciones(Fecha y Iniciales) \_\_\_\_\_

NOMBRE QUE TE GUSTA SER LLAMADO \_\_\_\_\_  
NAME YOU WANT TO BE CALLED

NOMBRES DE OTROS MIEMBROS DE FAMILIA QUE EMOS TRATADO \_\_\_\_\_  
NAMES OF OTHER FAMILY MEMBERS WE HAVE TREATED

**HISTORIAL MEDICO**  
MEDICAL HISTORY

EL PACIENTE A SIDO TRATADO POR LO SIGUIENTE:  
HAS THE PATIENT EVER BEEN TREATED OR ANY OF THE FOLLOWING:

DIABETES ..... Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	TUBERCULOSIS..... Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	ENDOCRINO O TIROYDE..... Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ENDOCRINE OR THYROID
PULMONÍA..... Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> PNEUMONIA	ANEMIA..... Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	SANGRAR PROLONGADO..... Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> PROLONGED BLEEDING
PROBLEMAS DEL CORAZÓN ..... Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> HEAR TROUBLE	EPILEPSIA..... Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> EPILEPSY	PROBLEMA DE HÍGADO..... Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> LIVER INVOLVEMENT
FIEBRE REUMÁTICA ..... Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> RHEUMATIC FEVER	ASMA..... Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ASTHMA	DESMAYOS O BORRACHERAS..... Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> FAINTING OR DIZZINESS
DESORDENES DE LOS HUESOS.... Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> BONE DISORDER	PROBLEMA DE RIÑÓN..... Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> KIDNEY INVOLVEMENT	DESORDEN NERVIOSO..... Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NERVOUS DISORDER

EL PACIENTE ESTA EN BUENAS CONDICIONES DE SALUD \_\_\_\_\_ Si  No  ?   
IS THE PATIENT IN GOOD HEALTH

LISTE CUALQUIER DROGA O MEDICAMENTO QUE ESTÁN SIENDO TOMADOS, DE LA RAZÓN \_\_\_\_\_ Si  No  ?   
LIST ANY DRUG OR MEDICATION NOW BEING TAKEN, GIVE REASON

¿TIENE EL PACIENTE CUALQUIER HISTORIA DE ENFERMEDAD MAYOR? \_\_\_\_\_ Si  No  ?   
DOES THE PATIENT HAVE ANY HISTORY OF MAJOR ILLNESS?

LISTE TODAS LAS ALERGIAS Y SENSIBILIDAD DE DROGA \_\_\_\_\_ Si  No  ?   
LIST ALL ALLERGIES OR DRUG SENSITIVITY

EL PACIENTE USA LENTES DE CONTACTO? \_\_\_\_\_ Si  No  ?   
DOES THE PATIENT WEAR CONTACT LENSES?

SE LE HAN SACADO LAS ANGINAS? A QUE EDAD? \_\_\_\_\_ Si  No  ?   
HAVE THE TONSILS BEEN REMOVED? WHAT AGE?

CRECIMIENTO EN LOS PASADOS 8 MESES \_\_\_\_\_ EL PACIENTE A ALCANZADO PUBERTAD? \_\_\_\_\_ Si  No  ?   
GROWTH IN THE PAST 8 MONTHS HAS THE PATIENT REACHED PUBERTY?

ESTATURA: PACIENTE \_\_\_\_\_ MAMA \_\_\_\_\_ PAPA \_\_\_\_\_  
GROWTH: PATIENT'S \_\_\_\_\_ MOTHER'S \_\_\_\_\_ FATHER'S \_\_\_\_\_

MEDICO DEL PACIENTE \_\_\_\_\_ ULTIMA VEZ VISTO \_\_\_\_\_  
PATIENT'S PHYSICIAN \_\_\_\_\_ LAST SEEN \_\_\_\_\_

**HISTORIAL DENTAL**  
Dental History

¿HA HABIDO CUALQUIER HERIDA A LA CARA, A LA BOCA, O A LOS DIENTES? \_\_\_\_\_ Si  No  ?   
HAVE THERE BEEN ANY INJURIES TO THE FACE, MOUTH, OR TEETH?

¿HA CHUPADO EL PACIENTE ALGUN DEDO? ¿HASTA QUE EDAD? \_\_\_\_\_ Si  No  ?   
HAS THE PATIENT EVER SUCKED A THUMB OR FINGER? UNTIL WHAT AGE?

¿TIENE EL PACIENTE CUALQUIER MOLESTIA EN COYUNTURAS DE MANDÍBULA O HACE CLIC CERCA DE OREJAS? \_\_\_\_\_ Si  No  ?   
DOES THE PATIENT HAVE ANY CLICKING OR DISCOMFORT IN JAW JOINTS NEAR EARS?

¿HA TENIDO EL PACIENTE ALGÚN EXAMEN DE ORTODONCIA ANTERIOR? \_\_\_\_\_ Si  No  ?   
HAS THE PATIENT HAD ANY PREVIOUS ORTHODONTIC EXAMINATIONS?

¿APRIETA EL PACIENTE O RECHINA LOS DIENTES? \_\_\_\_\_ Si  No  ?   
DOES THE PATIENT CLENCH OR GRIND HIS/HER TEETH?

¿ESTÁ EL PACIENTE ESPECIALMENTE INQUIETO HACIA VISITAS DENTALES? \_\_\_\_\_ Si  No  ?   
IS THE PATIENT ESPECIALLY APPREHENSIVE TOWARD DENTAL VISITS?

¿TIENE EL PACIENTE ALGUNA ANORMALIDAD CONGÉNITA? \_\_\_\_\_ Si  No  ?   
DOES THE PATIENT HAVE ANY CONGENITAL ABNORMALITIES?

DENTISTA DEL PACIENTE \_\_\_\_\_ ULTIMA VEZ VISTO \_\_\_\_\_  
PATIENT'S DENTIST \_\_\_\_\_ LAST SEEN \_\_\_\_\_

LISTE INTERESES Y DEPORTES \_\_\_\_\_  
LIST SPORTS AND INTERESTS