

Nombre del paciente _____ Segundo nombre _____ Apellido _____

Dirección _____ Estado _____ Código postal _____

Número de seguridad social _____ Dirección de correo electrónico _____

Teléfono de casa _____ Teléfono móvil _____

Mejor método de contacto: Llamar Texto Correo electrónico

¿Podemos enviar confirmaciones de citas por mensaje de texto a este número? Si No

Fecha de nacimiento _____ Años _____ Sexo _____ Altura _____ Peso _____

Por favor escriba POR QUÉ está aquí hoy _____

****Las siguientes preguntas se refieren a la persona que se va a extraer las muelas del juicio****

¿Ha sido tratado en un hospital en los últimos 5 años? Si No

En caso afirmativo, explíquelo porfavor: _____

¿Está actualmente bajo el cuidado de un médico? Si No

En caso afirmativo, explíquelo porfavor: _____

¿Está tomando actualmente algún medicamento recetado? Si No

En caso afirmativo, indique a continuación junto con la dosis y la frecuencia: _____

¿Es alérgico a alguno de los siguientes?

- | | | | | |
|------------------------------------|--------------------------------------|---|-------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Novocaína | <input type="checkbox"/> Propofol | <input type="checkbox"/> Cinta adhesiva | <input type="checkbox"/> Penicilina | <input type="checkbox"/> ercocet |
| <input type="checkbox"/> Codeína | <input type="checkbox"/> Ketamina | <input type="checkbox"/> Tylenol | <input type="checkbox"/> Demerol | <input type="checkbox"/> Lortab |
| <input type="checkbox"/> Huevos | <input type="checkbox"/> Hidrocodona | <input type="checkbox"/> Phenergan | <input type="checkbox"/> Fentanilo | <input type="checkbox"/> Pentotal |
| <input type="checkbox"/> Morfina | <input type="checkbox"/> Aspirina | <input type="checkbox"/> Ibuprofeno | <input type="checkbox"/> Látex | <input type="checkbox"/> Ketorolaco |

Describe la reacción a cualquier entrada positiva anterior: _____

Enumere las alergias a alimentos / medicamentos que no se enumeran anteriormente: _____

¿Tiene o ha tenido alguno de los siguientes?

- | | | | | |
|---|--|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Enfisema | <input type="checkbox"/> Enfermedad cardíaca | <input type="checkbox"/> Tos crónica | <input type="checkbox"/> Fiebre reumática | <input type="checkbox"/> Osteoporosis |
| <input type="checkbox"/> Sangrado excesivo | <input type="checkbox"/> Soplo cardíaca | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Convulsiones | <input type="checkbox"/> Hipotermia maligna |
| <input type="checkbox"/> Fácil formación de moretones | <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Hemofilia | <input type="checkbox"/> Problemas de los senos nasales | <input type="checkbox"/> VIH / SIDA |
| <input type="checkbox"/> Glaucoma | <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Presión arterial alta | <input type="checkbox"/> pnea del sueño | <input type="checkbox"/> Hepatitis |
| <input type="checkbox"/> Defecto oído | <input type="checkbox"/> Cáncer | <input type="checkbox"/> Ictericia | <input type="checkbox"/> Tuberculosis | <input type="checkbox"/> Ronquidos |
| | <input type="checkbox"/> Dolor de pecho | <input type="checkbox"/> Nefritis | | <input type="checkbox"/> Neumonía |

Explique las entradas positivas anteriores: _____

¿Existe alguna condición médica no mencionada anteriormente que sea parte de su historial médico? Si No

En caso afirmativo, explíquelo porfavor: _____

¿Qué cirugías ha tenido en el pasado? _____

¿Algún problema con la anestesia para sus cirugías? Si No

¿Alguien de su familia consanguínea tiene problemas con la anestesia? Si No

¿Alguna vez ha sido sedado para un procedimiento médico o dental? Si No

Si es así, ¿hubo alguna complicación? _____

¿Tienes un resfriado? Si No

¿Estás embarazada? Si No

¿Fumas o vapeas? Si No

En caso afirmativo, ¿cuántos cigarrillos al día? _____

Las respuestas a las siguientes preguntas se mantendrán confidenciales. Por favor, respóndales con sinceridad. Son parte de su historial médico y no ser reportado a ninguna agencia del orden público. Sus respuestas son importantes porque nos ayudan a proporcionar una anestesia segura.

¿Ha utilizado alguno de los siguientes durante el año pasado?

- Marihuana MDMA Heroína Hongos Metanfetamina Psicodélicos Cocaína Otro _____

Si respondió que sí a cualquiera de las preguntas anteriores, ¿cuándo fue la última vez que las usó? _____

¿Ha sufrido algún tipo de abuso de medicamentos recetados? Si No

En caso afirmativo, explíquelo porfavor: _____

Oficina dental domiciliaria para pacientes _____

Ciudad _____

Nombre del médico o proveedor de atención médica _____

Ciudad _____

¿Usas tirantes? Si No

Si es así, ¿quién es su ortodoncista? _____

¿Como supiste de nosotros? Facebook Google Familia / Amigo Dentista / Referencia

¿Quién será el responsable de acompañar al paciente a casa?

Nombre _____

Relación _____

Número Celular _____

Confirmo que toda la información del historial de salud anterior es correcta a mi leal saber y entender

Paciente o padre tutor _____

Firma _____

Fecha _____

OFFICE USE ONLY

| | | |
|-----------------|------------------------------------|----------------------|
| Referral _____ | Prior Auth Completed _____ | VDI Completed _____ |
| Insurance _____ | Prepayment/Deposit Collected _____ | Pano In Record _____ |
| Medicaid _____ | Consents Signed _____ | |