



Espacio de oficina: Pt's weight _____ Pt's age _____
--

## Actualizacion

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_  
 Número de teléfono: (Casa) \_\_\_\_\_ (Celular) \_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_  
 Razon de visita \_\_\_\_\_

Dieta:  Vegetariano  Mixta  Dieta especial  
 Jugos:  Más de 3 tazas por día  2 tazas por día  Menos de 1 taza por día  
 Merienda:  Más de 3 por día  Menos del 3 por día  1 vez por día  
 Cepillado:  2 veces por día  1 vez por día  Pocas veces por semana  
 El hilo dental:  Todos los dias  Pocos días por semana  Ocasionalmente  Nunca

### Questionario

- ¿Tiene el paciente algún problema de salud?  Si  NO Explique: \_\_\_\_\_
- ¿Ha sido el paciente hospitalizado alguna vez?  Si  NO Explique: \_\_\_\_\_
- ¿Sangra excesivamente cuando se corta o se hace moretones fácilmente?  Si  NO Explique: \_\_\_\_\_
- ¿Tiene el paciente problemas emocionales o mental?  Si  NO Explique: \_\_\_\_\_
- ¿Ha recibido el paciente anestesia local alguna vez?  Si  NO Explique: \_\_\_\_\_
- ¿Ha tenido el paciente dolor de muelas en el ultimo mes?  Si  NO Explique: \_\_\_\_\_
- ¿Esta la paciente embarazada?  Si  NO "Si", cuántas semanas? \_\_\_\_\_
- ¿Ha tenido alguna reacciones alérgicas a algún medicamento, alimento p bebida, y/o es alérgico a cualquier material de uso común en una clínica dental; (como guantes de latex, anestético, etc.)?  Si  NO Explique: \_\_\_\_\_
- ¿Enumere los medicamentos recetados/ sin receta que el paciente toma \_\_\_\_\_

Si el paciente tiene alguna condición médica marque con un círculo o escriba donde dice "explique"

Asma	Problemas de audición	Se chupa el dedo	Cirugia del corazon	Parálisis cerebral
Autismo	Desorden nervioso	Presion arterial alta	VIH	Hemofilia
ADHD	Condición de la piel	Problemas de la tiroide	Anemia	Problemas de los riñones
Problemas del Corazón	Fiebre reumática	Ronquido	Mononucleosis	Problemas en los pulmonares
Problemas del habla	Papers	Hepatitis	TMJ	Desmayos
Retraso en el desarrollo	Hidrocefalia	Respira por la boca	Defecto hereditario	Espina Bifida
Tuberculosis	Convulsiones	Eruta frecuentemente	Problemas del higado	Diabetes
ADD	Sarampion	Cancer	Labio leporino	Problemas de la vejiga

Explique \_\_\_\_\_

### CERTIFICACIÓN Y CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO

Certifico que soy el paciente o padre / tutor legal del paciente mencionado arriba y la información proporcionada en este formulario es verdadera y correcta a mi mejor saber y entender. También doy mi consentimiento para que mi hijo o yo obtengamos un examen oral y dental completo (incluyendo cualquier radiografía necesaria) y la limpieza dental. Después de la consulta, doy mi consentimiento a todas las formas de tratamiento, medicamentos, indicados para el cuidado dental del paciente mencionado anteriormente. Este consentimiento permanecerá en pleno vigor y en vigor hasta que sea cancelado por cualquiera de las partes. También entiendo que soy personalmente responsable de las porciones de pacientes dejadas en mi cuenta.

Firma \_\_\_\_\_ Relación con el paciente (solo si es menor) \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
 Firma del dentista: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_