

NORCROSS DENTAL CENTER

Formulario de Historial Médico e Información del Paciente

5430 Jimmy Carter Blvd, Suite #125, Norcross, GA 30093 | (770) 441-7900

1. INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre completo: _____

Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____

Ciudad/Estado/C.P.: _____

Teléfono: _____

Correo electrónico: _____

Contacto de emergencia: _____

Parentesco / Teléfono: _____

2. HISTORIAL MÉDICO – Marque todo lo que aplique

☐ Presión arterial alta

☐ Enfermedad cardíaca / Infarto

☐ Diabetes

☐ Asma / Problemas respiratorios

☐ Accidente cerebrovascular

☐ Cáncer

☐ Enfermedad renal

☐ Enfermedad hepática / Hepatitis

☐ VIH / SIDA

☐ Epilepsia / Convulsiones

☐ Problemas de tiroides

☐ Artritis

☐ Problemas de sangrado

☐ Articulaciones / Implantes artificiales

☐ Marcapasos

☐ Atención psiquiátrica / Ansiedad

☐ Apnea del sueño

☐ Otro: _____

Otros problemas médicos: _____

3. MEDICAMENTOS Y ALERGIAS

Medicamentos actuales (incluya dosis si la conoce):

Alergias (medicamentos, látex, metales, alimentos, etc.):

4. HISTORIAL DENTAL

☐ Dientes sensibles

☐ Encías que sangran

☐ Dientes flojos

☐ Dolor de mandíbula / ATM

☐ Chasquidos en la mandíbula

☐ Rechinar / apretar los dientes

☐ Tratamientos de conducto previos

☐ Extracciones previas

☐ Dentaduras / Parciales

☐ Ortodoncia (frenos)

☐ Dificultad para masticar

☐ Mal aliento

Motivo de la visita de hoy: _____

Última visita / limpieza dental: _____ Últimas radiografías: _____

5. CONSENTIMIENTO Y RECONOCIMIENTO

Certifico que la información proporcionada es exacta y completa según mi leal saber y entender. Entiendo que proporcionar información incorrecta puede afectar mi tratamiento. Consiento el examen y el tratamiento recomendado por el dentista. Autorizo la divulgación de la información médica/dental necesaria a compañías de seguros u otros proveedores involucrados en mi atención.

Firma del paciente / tutor: _____ Fecha: _____

Nombre en letra de molde: _____

