

Le damos la bienvenida a la nuestra clinica Siloam Smiles! Por favor tomese su tiempo para completar este formulario de la manera mas adecuada posible. Con gusto le ayudaremos si tiene alguna pregunta. Estamos contentos de que usted sea nuestro paciente y que nos brinde la confianza para su salud dental.

### Informacion del paciente

Fecha De Hoy: \_\_\_\_\_  
Nombre: \_\_\_\_\_  
# De Suguro Social: \_\_\_\_\_  
Fecha De Nacimiento Del (Paciente): \_\_\_\_\_  
Estado Civil Del Paciente: \_\_\_\_\_  
# De Telefono Principal: ( ) \_\_\_\_\_  
# De Emergencia: ( ) \_\_\_\_\_  
Nombre De Esta Persona: \_\_\_\_\_  
Direccion Fisica#: \_\_\_\_\_ Calle: \_\_\_\_\_  
Ciudad: \_\_\_\_\_ Codigo Postal: \_\_\_\_\_  
O direccion donde recibe sus cartas si es diferente que su direccion fisica: \_\_\_\_\_  
Lugar De Empleo: \_\_\_\_\_  
(Ciudad): \_\_\_\_\_  
# Telefono: ( ) \_\_\_\_\_  
A quien podemos agradecer por averlo referido \_\_\_\_\_

### Aseguranza Dental Primaria

**(Nota)** Si usted tiene aseguranza y es a su nombre nomas tiene que llenar esta parte solo nesecitamos el Id: de su aseguranza incluya letras si es necesario: \_\_\_\_\_  
Grupo #: \_\_\_\_\_ Empleador: \_\_\_\_\_  
Nombre de la persona que paga por la aseguranza: \_\_\_\_\_  
Seguro Social: \_\_\_\_\_  
Cumpleanos: \_\_\_\_\_ relacion con el paciente: \_\_\_\_\_ nombre de la aseguranza \_\_\_\_\_ numero de telefono de su aseguranza: ( ) \_\_\_\_\_  
empleador: \_\_\_\_\_

### Aseguranza Secundaria

Nombre De La Persona Que Paga La Aseguranza: \_\_\_\_\_  
Seguro Social: \_\_\_\_\_  
Cumpleanos: \_\_\_\_\_ Relacion con el paciente: \_\_\_\_\_  
Nombre De La Aseguranza: \_\_\_\_\_  
Numero De Telefono De Su Aseguranza: \_\_\_\_\_  
Empleador: \_\_\_\_\_

### Historial dental

Motive de la cita de hoy \_\_\_\_\_ si es emergencia describa donde le duele: \_\_\_\_\_  
Fecha de la ultima vez que tuvo una consulta con un dentitsta: \_\_\_\_\_  
Nombre de esa clinica y dentista: \_\_\_\_\_  
Favor de marcar ( ) si uno de los siguientes temas esta relacionado con usted : \_\_\_\_\_  
( ) Mal aliento ( ) Sangrado de ensillas  
( ) Le truena o duele la mandibula  
( ) Rechina los dientes  
( ) Acomula comida entre los dientes  
( ) Dientes flojos o rellenos(empastes)caidos  
( ) Llagas en su boca ( ) Tratamiento periodontal  
( ) Dientes sencibles a lo frio  
( ) Dientes sencibles a lo caliente  
( ) Sencibilidad a lo dulce  
( ) Le duelen sus dientes al masticar  
Cuantas veces usa el hilo dental? \_\_\_\_\_  
Cuantas veces se sepilla los dientes al dia? \_\_\_\_\_

Le damos la bienvenida a la nuestra clinica Siloam Smiles! Por favor tomese su tiempo para completar este formulario de la manera mas adecuada posible. Con gusto le ayudaremos si tiene alguna pregunta. Estamos contentos de que usted sea nuestro paciente y que nos brinde la confianza para su salud dental.

---

### Historial medico

Nombre de su doctor medico: \_\_\_\_\_

Fecha de la ultima visita: \_\_\_\_\_

Liste por favor medicamentos que usted esta tomando: \_\_\_\_\_

Ha tenido usted alguna operacion: \_\_\_Si \_\_\_No

Si respondio si explique: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Se le a practicado trasfucionde sangre a usted:

\_\_\_Si \_\_\_No Si respondio si fecha: \_\_\_\_\_

**(Mujeres)** esta usted embarazada: Si \_\_\_\_\_

No \_\_\_ amamantando:

Si \_\_\_ No \_\_\_ tomando pastillas

anticonceptivas: Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_.

Fuma: Si \_\_\_ No \_\_\_ Si responde que si cuantos cigarrillos al dia o cuantos paquetes al dia: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Medicamentos que esta tomando en este momento: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Alergias: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

( ) marque por favor si padece de lo siguiente:

( ) Anemia ( ) Tratamiento de quimioterapia

( ) Hepatitis ( ) fiebre amarilla

( ) Artritis ( ) Tos persistente

( ) Presion alta ( ) Problemas respiratorios

( ) Asma ( ) Diabetis

( ) VIH-SIDA ( ) Inchazon de pies o talons

( ) Moretones ( ) Epilepsia ( ) Enfermedad renal

( ) Dolor mandivular ( ) desmayos

( ) ataques del Corazon ( ) problemas de tiroides

( ) tuberculosis ( ) Dolores de cabeza

( ) Ulcera ( ) enfermedad venerea

( ) Cancer ( ) marca pasos

( ) cirujia del Corazon ( ) glaucoma

Si padece de alguna enfermedad que no esta en la lista por favor describala: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_