



www.periodontalhealthassociates.com
525 Leesville Road • Lynchburg, VA 24502 • Phone: 434-455-2444 • Fax: 434-237-2050
contact@periohealthassoc.com

Registro del Paciente e Historial de Salud

La información en este formulario es exclusivamente para nuestro archivo y se considera confidencial.

Nombre(s): _____ Apellido(s): _____ Fecha: _____

¿Cómo prefiere que lo/la llamen? _____ Fecha de nacimiento: _____ Seguro Social: _____

Dirección postal: _____

Calle _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
Teléfono residencial: _____ Celular: _____ Correo electrónico: _____

Para confirmar citas, ¿cómo prefiere que lo/a contactemos? Residencia ___ Trabajo ___ Celular ___ Correo electrónico ___

Lugar de trabajo: _____ Ocupación: _____

Tel. trabajo: _____ Dirección de trabajo: _____

Estado civil: () soltero/a () casado/a () divorciado/a () viudo/a ()

Nombre de cónyuge (si aplica): _____ Empleador: _____

Tel. trabajo: _____ Dirección de lugar de trabajo: _____

Contacto de emergencia: _____ # Tel.: _____ Relación con paciente: _____

Dentista general: _____ ¿Quién nos recomendó?: _____

¿Es el paciente menor de edad? _____ Si lo es, por favor complete la siguiente sección:

Nombre completo de tutor o custodio legal: _____ Teléfono: _____

Dirección postal (si es diferente al anterior): _____

Calle _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
Teléfono residencial: _____ Celular: _____ Tel. trabajo: _____

¿Tiene usted seguro dental? _____ Si tiene seguro dental activo, por favor complete la siguiente sección:

Nombre de compañía de seguro dental: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____

Nombre de suscriptor: _____ Seguro Social: _____

Fecha de nacimiento de suscriptor: _____ Número de identidad: _____ Grupo: _____

¿Tiene usted seguro médico? _____ Si tiene seguro médico activo, por favor complete la siguiente sección:

Nombre de compañía de seguro médico: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____

Nombre de suscriptor: _____ Seguro Social: _____

Fecha de nacimiento de suscriptor: _____ Número de identidad: _____ Grupo: _____

HISTORIAL MÉDICO

Nombre de su doctor general: _____ Dirección: _____ Tel.: _____

¿Ha estado hospitalizado o ha tenido una enfermedad seria en los últimos cinco años?: _____

Por favor circule cualquier de las siguientes condiciones si las ha tenido en el pasado o en la actualidad:

Fiebre reumática	Tuberculosis	Enfermedad sexual transmisible
Defectos del corazón	Enfermedad del hígado	VIH/SIDA
Artritis	Tumores	Presión arterial alta
Bypass de la arteria coronaria	Problemas estomacales	Sangrado anormal
Anemia	Angina de pecho o estenocardia	Rinitis alérgica o fiebre de heno
Problemas de tiroides	Problemas de riñón	Articulaciones artificiales
Asma	Glaucoma	Hepatitis A, B o C
Convulsiones	Diabetes	Prolapso de válvula mitral
Transplante de órgano	Cáncer	Insuficiencia cardíaca congénita
Transfusión de sangre	Facilidad de amoratarse	Enfermedad cardiovascular
Úlcera	Marcapasos	Otro: _____

Por favor circule la casilla si está tomando cualquiera de las siguientes medicinas:

Antibióticos o medicamento sulfamida	Aspirina	Medicamento para la diabetes
Anticoagulantes	Esteroides	Penicilina
Tranquilizantes	Nitroglicerina	Tetraciclina
Anticonceptivo oral	Hormonas	Otra medicina (incluyendo las naturales): _____

Por favor circule la casilla si es alérgico a alguna de las siguientes:

Anestesia local (novocaína)	Aspirina	Medicamentos sulfa
Codeína u otro narcótico	Sedantes	Penicilina
Látex	Yodo	Tetraciclina
Otros antibióticos: _____		
Otra sustancia no nombrada en esta sección : _____		

¿Fuma usted cigarrillos? ____ Si respondió afirmativamente, ¿cuántos cigarrillos fuma diariamente?: _____

¿Está interesado en dejar de fumar? _____

Tiene alguna otra enfermedad, condición, problema o historial familiar que quiera compartir con nuestro doctor? _____

Si respondió afirmativamente, por favor explíquese aquí:

—

Paciente mujer: ¿está usted embarazada?: _____ ¿Tiene problemas menstruales?: _____

Fecha de revisión	Firma o iniciales de paciente	Firma del personal de oficina

T
Sección de liberación y consentimiento: por la presente doy consentimiento a una examinación y considero que toda la información en este formulario es correcto y está al día. Yo doy consentimiento para que el doctor tome rayos-x, modelos y fotografías, y que use cualquier otro medio de diagnóstico que considere apropiado para mis necesidades dentales específicas. También informaré a la clínica de cualquier cambio de mi perfil médico.

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

Firma de tutor legal (si paciente es menor de edad): _____ Fecha: _____