



Información Del Paciente

Estamos encantados que haiga escogido nuestra oficina para su cuidado dental. Esperamos conocerlo no, nomas como paciente pero como un amigo! Tome unos minutos para poner al corriente su información para asegurar la calidad de servicio y excelencia.

Nombre del Paciente: _____ IN _____ **Apellido:** _____ **Apodo:** _____

Cumpleaños: _____ **Genero:** Masculino Femenino **Estatus:** Casado Soltero Nino Otro

Correo electrónico: _____ **Mejor tiempo para hablar:** _____

Teléfono: Casa _____ Trabajo _____ Móvil _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Tiempo preferido:

Lunes Martes Jueves Viernes Sábado

Mañana Tarde Noche cualquier hora

Quien lo refirió?

Otra oficina dental Facebook Instagram Twitter Postal

La red/Sitio web Periódico Escuela Trabajo

Otro: _____

Contacto de Emergencia:

Nombre: _____ Relación: _____

Teléfono: _____

Persona Responsable:

(Si diferente que el paciente)

Nombre del Paciente: _____ IN _____ **Apellido:** _____ **Apodo:** _____

Cumpleaños: _____ **Genero:** Masculino Femenino **Estatus:** Casado Soltero Nino Otro

Correo electrónico: _____ **Mejor tiempo para hablar:** _____

Teléfono: Casa _____ Trabajo _____ Móvil _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Dr. Joanna El-Maasri Reppas
Dr. Constantine N. Reppas



SAN MARCOS
— FAMILY DENTAL —

1 Civic Center Drive
Suite 230
San Marcos, CA 92069
(760) 798-4178

Información de seguro primario

Nombre del Paciente: _____ IN _____ **Apellido:** _____ **Apodo:** _____

Cumpleaños: _____ **Genero:** Masculino Femenino **Estatus:** Casado Soltero Nino Otro

Correo electrónico: _____ **Mejor tiempo para hablar:** _____

Teléfono: Casa _____ Trabajo _____ Móvil _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Donde trabaja: _____

Dirección del Trabajo: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Relación: Mi mismo Conyugue Hijo Otro

Nombre de seguro: _____

Dirección de seguro: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Información seguro secundario (Si es aplicable)

Nombre del Paciente: _____ IN _____ **Apellido:** _____ **Apodo:** _____

Cumpleaños: _____ **Genero:** Masculino Femenino **Estatus:** Casado Soltero Nino Otro

Correo electrónico: _____ **Mejor tiempo para hablar:** _____

Teléfono: Casa _____ Trabajo _____ Móvil _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Donde trabaja: _____

Dirección del Trabajo: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Relación: Mi mismo Conyugue Hijo Otro

Nombre de seguro: _____

Dirección de seguro: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____



Historial Medico

Nombre del Paciente: _____

Cumpleaños: _____

I. Circule la respuesta (Deje vacio si no entiende la pregunta)

1. Si / No Está bien de su estado de salud?

Si es no, explique: _____

2. Si / No Ha habido un cambio de salud en el último año?

Si es si, explique: _____

3. Si / No Ha estado en el hospital o cuarto de emergencia por una enfermedad seria en los últimos 3 años?

Si es si, explique:

4. Si / No Está siendo tratado por un medico en este momento?

Si es si, explica: _____

Fecha del último examen médico: _____

Razón por el examen: _____



II. Ha pasado por una experiencia en lo siguiente? (Circule Si o No para cada uno)

Si / No Dolor de pecho (angina)	Si / No Boca seca	Si / No Tobillos hinchados
Si / No Sangre en el excremento	Si / No Fiebre	Si / No Sangre en su toz
Si / No Vomitar frecuentemente	Si / No Dificultad para orinar	Si / No Mareos
Si / No Desmayos	Si / No Mucha sed	Si / No Articulaciones o rigidez
Si / No Diarrea o estreñimiento	Si / No Sudores nocturnos	Si / No Problemas al sangrar
Si / No Ictericia(Jaundice)	Si / No Zumbido de oídos	Si / No Visión borrosa
Si / No Mucha perdida de peso últimamente	Si / No Dificultad para pasar	Si / No Falta de aire
Si / No Orinar frecuentemente	Si / No Toz persistente	Si / No Sangre en la orine
Si / No Dolor de cabeza	Si / No Problemas del sinusitis	Si / No Moretea muy fácil

Si es si, a cualquier cosa de arriba favor de explicar:

III. Ha tenido o tiene lo siguiente? (Circule Si o No para cada uno)

Si / No Enfermedad del corazón	Si / No Diabetes	Si / No Herpes
Si / No Sida/VIH	Si / No Asma	Si / No Fiebre reumática
Si / No Cuidado siquiátrico	Si / No Problemas estomacales/ ulceras	Si / No Radiación
Si /No Historial de familia con enfermedad de corazón	Si / No Historial de familia con diabetes	Si / No Herpes labial
Si / No Cirugías	Si / No Hepatitis	Si / No Enfermedad de la piel
Si / No Osteoporosis	Si / No Defectos de corazón	Si / No Artritis, reumatismo o
Si / No Ataque de corazón	Si / No Tumores o cáncer	Si / No Anemia
Si / No Hospitalización	Si / No Enfermedades trasmitidas sexualmente	Si / No Endurecimiento de las arterias
Si / No Enfermedad de toroide	Si / No Soplos de corazón	Si / No Enfermedad del hígado
Si / No Articulación artificial	Si / No Quimioterapia	Si / No Alta presión
Si / No Enfisema o otra enfermedad de pulmón	Si / No Enfermedad del ojo	Si / No Enfermedad del riñón/vejiga
Si / No Cirugía cosmética	Si / No Convulsiones	Si / No Accidente cerebrovascular
Si / No Desorden alimenticio	Si / No Tuberculosis	Si / No Trasplantes

Si es si a cualquier cosa de arriba, favor de explicar:



SAN MARCOS
— FAMILY DENTAL —

IV. Esta alérgico o ha tenido reacción a lo siguiente? (Circule Si o No para cada uno)

Si / No Aspirina	Si / No Codina	Si / No Anestesia local
Si / No Valium	Si / No Penicilina	Si / No Eritromicina
Si / No Tetraciclina	Si / No Percudan	Si / No Metal
Si / No Darvon	Si / No Látex	Si / No Sulfamidas
Si / No Demerol	Si / No Comida	Si / No Ibuprofeno
Si / No Vicodina	Si / No Oxido nitroso	

Lista cualquier otra alergia que no esté en la lista de arriba:

V. Está tomando o ha tomado lo siguiente en los últimos 3 meses? (Circule Si o No para cada uno)

Si / No Drogas recreativas	Si / No Medicamentos de venta libre	Si / No Medicina para perder de peso
Si / No Cualquier forma de tabaco	Si / No Alcohol	Si / No Bisfosfonates (Alendonate)
Si / No Antibióticos	Si / No Suplementos	Si / No Aspirina

Lista todas las medicinas de prescripción y porque las toma:

VI. Si es aplicable (Circule Si o No para cada uno)

Si / No Esta embarazada? Si es si, Cuantos meses? _____

Si / No Da pecho?

Si / No Está tomando pastillas de control?



VII. Todos pacientes (Circule Si o No para cada uno)

Si / No A tenido o tiene cualquier otra enfermedad o problemas médicos que no están en la lista de arriba?

Si es si, favor de explicar:

Si / No En algún tiempo ha sido pre-medicado para tratamiento dental? Si es si, explique:

Si / No En algún tiempo uso Fen-fen? Si es si, explique:

Si / No Hay algún problema o condición que quiera discutir con el dentista en privado?

La oficina dental se interesa en tratar la persona completa. Si el dentista determina que tal vez haiga una situación que posible comprometa su estado medico, una consulta médica tal vez sea necesaria antes de comenzar tratamiento dental.

Yo autorizo al dentista que se comuniquen con mi médico.

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

Firma del médico: _____ Teléfono: _____

Yo declaro que he leído y entendido esta forma. A lo mejor de mi conocimiento, he contestado cada pregunta completamente y exactamente. Le informare al dentista si hay cambios en mi salud o en medicamentos. Además yo no mantengo al dentista o cualquier otro miembro de su personal, responsable por errores u omisiones que pudieron haber hecho en completar esta forma.

Firma del paciente (Padre o Guardián) _____

Fecha de firma: _____

Firma del dentista: _____

Fecha de firma: _____

Historial Dental

Fecha: _____

Nombre del paciente: _____ IN _____ Apellido _____ Apodo _____

Cuáles son sus metas al venir a nuestra oficina el día de hoy? _____

Que es importante para ti en un dentista o oficina dental? _____

Que ha sido su experiencia con otros dentistas en el pasado? _____

Fecha de sus últimos rayos x y examen? _____

Fecha del último cheque general con la higienista (*limpieza general o mantenimiento peridontal*) _____

Ultimo dentista? _____ Teléfono _____

Dirección: _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Porque deajo su último dentista? _____

Ha tenido algún problem con trabajo dental en el pasado? _____

Tiene dolor hoy? Si No

Si es si, describa _____

En algún tiempo fue usted pre-medicado? Si No

Si es si, por que _____

Ha estado ansioso de tener tratamiento dental? Si No

Si es si, Se siente a gusto de compartir? _____

Quisiera hablar con el dentista opciones de como relajarse? _____

Que preocupaciones tiene en este momento con su salud oral o sonrisa? (*Marque a todo lo que corresponda*)

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Dolor en la quijada | <input type="checkbox"/> Infeliz con la apariencia de sus dientes | <input type="checkbox"/> Sensibilidad al caliente / frio o a otro cosa |
| <input type="checkbox"/> Rechina o aprieta sus dientes | <input type="checkbox"/> Sobremordida | <input type="checkbox"/> Se le atora la comida
Si es si, en doñde? _____ |
| <input type="checkbox"/> Dientes descoloridos | <input type="checkbox"/> Submordida | <input type="checkbox"/> Dificultad al mascar
Si es si, dondê _____ |
| <input type="checkbox"/> Dientes apiñados o chuecos | <input type="checkbox"/> Mordida incomoda | <input type="checkbox"/> Mal aliento |
| <input type="checkbox"/> Dientes que le falten | <input type="checkbox"/> Rellenos viejos (<i>amalgama o oro</i>) | <input type="checkbox"/> Otro _____ |
| <input type="checkbox"/> Espacios entre los dientes | <input type="checkbox"/> Viejas coronas | |
| <input type="checkbox"/> Tiene diente/dientes flojos | <input type="checkbox"/> Problemas para hablar | |
| <input type="checkbox"/> Forma o tamaño en el diente | <input type="checkbox"/> Mucha encía cuando rio | |

En algún tiempo a tenido tratamiento ortodontico? Si No

Si es si, cuando? _____

Dr. Joanna El-Maasri Reppas
Dr. Constantine N. Reppas



SAN MARCOS
— FAMILY DENTAL —

1 Civic Center Drive
Suite 230
San Marcos, CA 92069
(760) 798-4178

Ha tenido tratamiento peridontal (las encías) como limpieza profunda o serugia peridontal? Si No

Si es si, cuando? _____

Se ha blanqueado sus dientes alguna vez? Si No

Si es si, que método? _____

Quisiera saber más de lo siguiente? *(Marque a todo lo que corresponda)*

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Blanquear los dientes | <input type="checkbox"/> Rellenos blancos | <input type="checkbox"/> Cuidado del higiene oral en casa |
| <input type="checkbox"/> Tratamiento Ortodoncia | <input type="checkbox"/> Implantes dentales | <input type="checkbox"/> Enfermedad de la encía durante el embarazo |
| <input type="checkbox"/> Carillas | <input type="checkbox"/> Como prevenir enfermedad de la encía | <input type="checkbox"/> Cuidado de higiene oral para pequeños |

Yo declaro que he leído y entendido esta forma. A lo mejor de mi conocimiento, he contestado cada pregunta completamente y exactamente. Le informare al dentista si hay cambios en mi salud o en medicamentos. Además yo no mantengo al dentista o cualquier otro miembro de su personal, responsable por errores u omisiones que pudieron haber hecho en completar esta forma.

Firma del paciente (Padre o Guardián) _____

Fecha de firma: _____

Firma del dentista: _____

Fecha de firma: _____