



### Cuestionario Medico Para Adulto

Nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_ # de seguro social \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Sexo: M/F  
 Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

# De Teléfono de Casa (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ # de Celular (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Nombre de los padres del paciente: \_\_\_\_\_ ¿Cómo Escucharon de nuestra oficina? (Si es así, ¿por qué? Quien los refirió?) \_\_\_\_\_ Nombre de la escuela: \_\_\_\_\_

Día preferido para sus citas: Lu:  am  pm Ma:  am  pm Mi:  am  pm Ju:  am  pm Vi:  am  pm

#### Historial Médico (Favor de marcar SI o NO)

Si / No		Si / No		Si / No		Si / No		Si / No	
<input type="radio"/> <input type="radio"/>	Problemas Endocrinos	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	Sangrado Prolongado	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	Hepatitis	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	Diabetes	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	Artritis
<input type="radio"/> <input type="radio"/>	Desorden Nervioso	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	Problemas del Corazón	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	Cáncer	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	Problemas del Hígado	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	Asma
<input type="radio"/> <input type="radio"/>	Fiebre Reumática	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	Trastorno del Hueso	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	Desmayo	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	Defectos de Nacimiento	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	SIDA / VIH
<input type="radio"/> <input type="radio"/>	Alergias: (Por favor escriba)			<input type="radio"/> <input type="radio"/>	¿Otras condiciones que no estén en la lista?				

¿Ahora o alguna vez ha tomado Bisfosfonatos, incluyendo Fosamax, Didronel, Boniva, Aredia, Actonel, Skelid, o Zometá? \_\_\_\_\_ Si es así, ¿cuál(es)?: \_\_\_\_\_ ¿Otro(s) medicamento (s)? \_\_\_\_\_

¿Está bajo el cuidado de un médico? \_\_\_\_\_ Si es así, ¿por qué? \_\_\_\_\_

¿Está embarazada? Si/No Si es si, ¿Cuántas semanas? \_\_\_\_\_ (Se requiere consentimiento de su médico.)

#### Historial Dental (Favor de marcar SI o NO)

Si / No		Si / No		Si / No		Si / No	
<input type="radio"/> <input type="radio"/>	¿Ha tenido tratamiento previo de ortodoncia?	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	¿Alguno de los dientes sensibles o dolor?	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	¿Aprieta y / o rechina los dientes?	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	¿Tiene dolor o zumbido en los oídos?
<input type="radio"/> <input type="radio"/>	¿Ha habido alguna lesión en la cara, la boca o los dientes?	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	¿Tiene alguna caries sin arreglar?	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	¿Alguna vez se le ha bloqueado o deslizado fuera de lugar la mandíbula?	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	¿Ha experimentado alguna molestia o chasquido en la articulación de la mandíbula?
<input type="radio"/> <input type="radio"/>	¿Tiene algún problema con el habla?	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	¿Tiene algún problema en las encías?	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	¿Tiene dolores de cabeza frecuentes?		
<input type="radio"/> <input type="radio"/>	¿Se le ha informado de los dientes perdidos?	Dentista General: _____ Fecha de la última limpieza Dental: _____ Nombre de la oficina Dental: _____ Dirección de la oficina Dental: _____ Que tan seguido se cepilla los dientes: _____ Que tan seguido utiliza el hilo dental? _____					

#### Información del Primer seguro Dental

Tiene seguro dental secundario?  SI  NO

Nombre del asegurado: \_\_\_\_\_ # de seguro social: \_\_\_\_\_

# de póliza: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Nombre de la compañía de seguro: \_\_\_\_\_ # de grupo: \_\_\_\_\_

# de teléfono de la compañía de seguro: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Entiendo que la información que he dad es correcta a lo mejor de mi conocimiento, que se llevara a cabo en la más estricta confidencialidad y que es mi responsabilidad informar a la oficina de cualquier cambio médico, dental o de domicilio. Si la oficina acepta me seguro, soy responsable de los Co-pagos, deducibles o tarifas que mi seguro no cubre.

Firma \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_