



Bienvenido a la oficina del Dr. Christopher Waters!
2916 W. Stolley Suite Parque A.
Grand Island, NE 68801 (308) 382-1734

Fecha de hoy : _____ Agradecemos la confianza depositada en nosotros para ofrecer sus servicios dentales.
Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____ Sexo: _____ Edad: _____
Domicilio: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
Teléfono del hogar: _____ Celular: _____ E-mail : _____
SS #: _____ Empleador / Ocupación: Teléfono _____ Negocio: _____

Por favor, seleccione las preferencias de recordatorio de la cita Text Email Telefono de casa Telefono de trabajo.

¿A quién podemos agradecer por referirlo a nuestra oficina? _____

Si el paciente es de 18 años de edad o menos:

Nombre de la madre de la información: Fecha de nacimiento _____: _____

Trabajo _____ Numero _____

Nombre del Padre de la información: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Empleador _____ Numero de trabajo _____

Estado civil: Casado Separado Divorciado Viudo En conjunto

¿Quién es responsable de esta cuenta? _____

Si el paciente es un estudiante de tiempo completo en la universidad:

Escuela Nombre _____ Número de Horas Semestre _____

Si Casado

Nombre del cónyuge _____ Número de trabajo _____ Número Celular _____

Contacto de emergencia (aparte de la pareja): _____ Relación _____ Teléfono Número de Teléfono _____

Cobertura de Seguro Dental

De seguro dental primaria: _____ Empleador _____

De seguro dental secundaria: _____ Empleador _____

nombre del suscriptor _____ Fecha de nacimiento: _____ SS #: _____

Historia Dental

Razón por la Visita de hoy _____

Nombre del Dentista anterior _____

Fecha de la última Visita _____

¿Está satisfecho con la forma de sus dientes? SI NO

¿Estás contento con el color de sus dientes? SI NO

¿Con qué frecuencia se cepilla los dientes? Alimentación _____

El cepillo es suave medio duro mecánico

¿Con qué frecuencia usa el hilo dental? _____

¿Ha tenido usted? El tratamiento de ortodoncia (frenos)

El tratamiento Periodontal (enfermedad de las encías)

Para los niños, el niño no tiene ningún siguientes hábitos?

pulgar, el dedo de succión chupar los labios / morder

ir a la cama con una botella uñas morder

¿Tiene alguno de los siguientes?

anterior encías dientes flojos

Dental Ardor en los labios y la lengua

Al hacer clic o hace estallar la mandíbula

Boca seca encías hinchadas o sensibles

recogida entre los dientes

rechinar o apretar los dientes

respiración boca Úlceras o tumores en la boca

Sensibilidad a Dulces calor frío de mascar

(marque lo que aplique)

Ampollas o llagas en o alrededor de la boca



Historia Clínica

revisión original _____ médicos iniciales

Nombre del médico personal _____ Fecha de la última visita _____

¿Tiene o ha tenido alguno de los siguientes

Problemas del corazón

- Válvula de Corazón Artificial
- Problemas de presión de sangre
- Enfermedades del Corazón
- Soplo del corazón
- Pulso cardiaco irregular
- Prolapso de la válvula mitral
- Marcapasos

Problemas de la sangre

- La anemia
- Transfusión de sangre
- Moretones con facilidad
- Sangrado excesivo
- Leucemia
- Otro trastorno de la sangre _____

Problemas alérgicos

- Anafilaxia
- Asma
- Fiebre del heno
- Urticaria o erupciones en la piel

Hueso o problema común

- Artritis
- Articulación artificial Tipo ____ año ____

Problemas intestinales

- Diarrea frecuente
- La pérdida de peso reciente
- Dieta Especial
- Enfermedad estomacal / intestinal
- Úlceras

OTROS

- AIDS/HIV
- La enfermedad de Alzheimer
- Problemas para respirar
- Cáncer
- La quimioterapia / radiación
- Diabetes
- Drogadicción
- Epilepsia o convulsiones
- Desmayos
- Los dolores de cabeza frecuentes
- Glaucoma
- Lesión en el cuello o la cabeza
- La hepatitis de tipo _____
- Enfermedad renal
- Enfermedades del Hígado
- trastornos de la alimentación

- Enfermedades Respiratorias
- Atención Psiquiátrica
- La diálisis renal
- Fiebre reumática
- Herpes
- Accidente cerebrovascular
- Enfermedades de la Tiroides
- Tuberculosis
- Enfermedad venérea

Detalles adicionales Historia de la Medicina

¿Ha sido hospitalizado o tenido una cirugía mayor en el último año? S N
En caso afirmativo, por favor explique

¿Tienes el consumo de tabaco? S N
En caso afirmativo, Círculo: Humo Mastique
¿Cuánto? _____ ¿Cuánto tiempo? _____
Las mujeres:
¿Está embarazada? S N
Si eres de enfermería? S N
¿Está tomando pastillas anticonceptivas? S N

MEDICAMENTOS

¿Está tomando?

- Los antibióticos _____
- La aspirina (dosis / día _____ mg)
- Coumadin / Plavix (diluyentes de la sangre)
- La tensión arterial alta medicamentos _____
- Insulina o medicamentos orales para la diabetes _____
- Suplementos de hierbas _____
- La nitroglicerina

¿Tienes o has tenido?

- Phen-fen (también conocida como Redux o Pandimin)
- Medicamentos para la osteoporosis

Lista de TODOS los demás medicamentos que toma:

ALERGIAS

¿Si eres alérgica a cualquiera de los siguientes?

- La aspirina
- La penicilina
- Codeína
- Látex
- Los anestésicos locales
- Níquel y otros metales
- Sulfa

Lista de cualquier otra alergia:

Autorización de la firma

Entiendo que la información que he dado es correcta a lo mejor de mi conocimiento. También entiendo que esta información se llevará a cabo en la más estricta confidencialidad y es mi responsabilidad informar a esta oficina de los cambios más aún en mi estado médico. Yo autorizo al personal dental a realizar necesario Servies dentales que puedan necesitar durante el diagnóstico y el tratamiento con mi consentimiento informado.

Firma del paciente o del paciente Representante

Fecha

Relación con el paciente (si no está firmada por el paciente)