



Dental Clinic
For Front Office Use Only
STUDENT CLINICIAN _____ DH DA
UNIT _____

Fecha y Hora de la Cita

Información personal del paciente e historial médico

Fecha de Hoy _____

Nombre _____ Fecha de nacimiento _____ M ___ F ___

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Número de teléfono de casa _____ Número de celular _____

Nombre del contacto de emergencia _____

Relación _____ Número de teléfono _____

Nombre del médico _____

Dirección _____ Número de teléfono _____

Nombre del dentista _____

Dirección _____ Número de teléfono _____

Fecha del último examen dental _____ Fecha del último tratamiento de higiene dental _____

Fecha de la última radiografía dental _____

Tipo de radiografías tomadas (si se conocen)

Alas de mordida _____ Panorámica _____ Serie de boca completa _____

HISTORIA MÉDICA

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

Aunque el personal dental principalmente tratan el área y alrededor de su boca, su boca es una parte de su cuerpo. Los problemas de salud que pueda tener, o cualquier otra condición que pueda tener, podría tener una importante relación con la odontología que usted recibe. Gracias por contestar las siguientes preguntas.

¿Está usted bajo el cuidado de un médico general?

Sí No En caso afirmativo, ¿cómo evalúan?