

Just Smile Dental
11802 Evergreen Way
Suite 104
Everett, WA 98204
P: 425-405-7301 | F: 425-405-7298
www.justsmiledental.net



*** POR FAVOR LLENE ESTE FORMULARIO COMPLETAMENTE ***

Nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Fecha de nacimiento: _____ Seg.Soc.#: _____

Correo Electrónico: _____ Teléfono#: _____

Cómo se enteró acerca de nosotros? _____

Planeas utilizar seguros dentales? Y N

Si es así, quién es su proveedor? _____ ID de miembro #: _____

Motivo de la visita de hoy? Chequeo Limpieza Dolor de muelas

Otro: _____

Historia Dental

Existen otras condiciones dentales que debemos ser conscientes de? _____

Cuándo fue la última visita a un dentista? _____

Qué tratamiento se realizó? _____

Se completó el tratamiento? Y N Tuviste una limpieza? Y N

Cuando fueron tomados última radiografía dental? _____

Te falta algún diente? Y N Tienes tus dientes de sabiduría eliminados? Y N

Ha tenido tratamiento de encías (periodontal)? Y N

Alguna vez tuvo sangrado prolongado después de una extracción? Y N

Tienes algún problema con los últimos tratamientos dentales? Y N

Rechinan los dientes, las mandíbulas del remache o tiene cualquier síntoma cerca de sus oídos, como hacer clic, popping, dolor o bloqueo abierto? Y N

Alguna vez ha diagnosticado o tratados para los TTM (disfunción de la articulación temporomandibular) a veces se llama TMJ? Y N

Sus encías sangran fácilmente? Y N Tienes problemas con el mal aliento? Y N

Son sus dientes sensibles al calor o frío? Y N Estás contento con tu sonrisa? Y N

Quieres tus dientes más blancos? Y N

Tiene antecedentes familiares de dientes en mal estado? Y N Si es así, quién? (Padres, hermanos, etc.)
Y cuáles eran las condiciones? (Dentaduras, caries, etc.).

Hay algo que te gustaría mejorar de tu sonrisa? Y N

Historia Dental

Estás bajo cuidado de un médico en este momento? Y N

Nombre del Doctor: _____

Tiene alguna **ALERGIA**? Por ejemplo, **metal, penicilina, látex**, etc.: Y N

En caso afirmativo, indique: _____

Está usted tomando algún medicamento en este momento, incluyendo control de la natalidad? Y N

En caso afirmativo, indique:

(Mujeres) están embarazada? Y N

En caso afirmativo, cuántos meses? _____

Está amamantando ? Y N

Hay algún otro problema de salud que nosotros deberíamos ser aconsejados? Por favor especifique:

Tienes o tienes, cualquiera de los siguientes:

CONDICIONES DEL CORAZÓN

- Válvula de Corazón Artificial
- Angina
- Ataque al corazón / Cirugía
- Soplo del corazón / Problemas
- Alta Presión Sanguínea
- Presión Arterial Baja
- Marcapasos

Actual presión de sangre: _____

Cuanto Pesa # _____

CONDICIONES DE RIÑÓN

- Enfermedad Del Riñón

AFECCIONES NEUROLOGICAS

- Epilepsia
- Un derrame cerebral

SALUD MENTAL

- Atención Psiquiátrica
- Depresion
- Ansiedad
- Bipolar
- Otro: _____

INMUNOLÓGICAS

- HIV/AIDS
- Enfermedad Venérea

HUESO Y CONDICIONES CONJUNTAS

- Artritis
- Bisfosfonato
- Reemplazo de Articulaciones
- Osteoporosis

RESPIRATORIA

- Asma
- Enfisema
- Enfermedad Pulmonar
- Sinusitis
- Tuberculosis

CONDICIONES DE HÍGADO

- Problemas del hígado
- Hepatitis
- Ictericia

OTRAS CONDICIONES

- Anemia
- Problemas de Sangrado
- Cáncer
- Chemo/Terapia RAD
- Cirugía Cosmética
- Diabetes
- Mareos
- Drogadicción
- Desmayo
- Glaucoma
- Fiebre reumática
- Apnea Del Sueño
- Tabaco

Contacto De Emergencia:

Nombre: _____

Número Telefónico: _____

Relación: _____

Tienes cualquier familiares que puedan estar necesitadas de cuidados dentales? _____

Empleo:

Ocupación: _____

Empleador: _____

Firma del paciente

Fecha

Firma del tutor legal

Fecha