

# INFORMACIÓN DEL PACIENTE, HISTORIA MÉDICA/DENTAL

La siguiente información se solicita con el fin de brindar servicios de higiene dental adecuados y se mantendrá confidencial.

Primero Nombre:	Apellido:	Segundo:	Fecha de Nacimiento: ____/____/____
Domicilio:	Ciudad:	Estado:	Cód. Postal:
Núm. de Tel. de Casa:	Núm. de Celular:	Email:	
¿Se considera?	Masculino	Femenino	No binaria/binario
	Transgénero	Se Niega a contestar	Otro: _____
Nombre de su Dentista:	Teléfono:		
Dirección de su Dentista:	Ciudad:	Estado:	Cód. Postal:
Nombre de su Médico:	Teléfono:		
Dirección de su Médico:	Ciudad:	Estado:	Cód. Postal:
Contacto de Emergencia:	Teléfono:		Relación:

Aunque el personal dental tratan principalmente el área en y alrededor de su boca, su boca es una parte de su cuerpo entero. Los problemas de salud que pueda tener,

(fuma, mastica, vapea)? Si No \_\_\_\_\_  
 ¿Utiliza usted sustancias controladas/ drogas recreativas? Si No \_\_\_\_\_

**Mujeres:** ¿Está Embarazada/ Intentando quedar embarazada? Toma anticonceptivos orales? Dando Pecho?  
 Es usted alérgico a cualquiera de los siguientes? i s p i s 8  
 Aspirina Penicilina Codeína Anestésicos locales ~~Te 0-800-452-3131~~

Anafilaxia  
 Anemia  
 Angina de pecho  
 Artritis/Gota  
 Válvula del corazón artificial  
 Articulación artificial  
 Asma  
 Enfermedad arterial  
 Transfusión de sangre  
 Problema respira

Drogadicción  
 Fácilmente Sin aliento  
 Enfisema  
 Epilepsia o convulsione  
 Sangrado excesivo  
 Sed excesiva  
 Desmayos/vértigo  
 Tos frecuente  
 Diarrea frecuente

La hepatitis A  
 La hepatitis B o C  
 Herpes  
 Presión arterial alta  
 Ronchas o erupción cutánea  
 Hives or Rash  
 La hipoglucemia  
 Latido irregular del corazón  
 Problemas de los riñones  
 Leucemia

Pérdida de peso reciente  
 Diálisis renal  
 Fiebre reumática  
 Reumatismo  
 Escarlatina  
 Zona de matojos  
 Enfermedad de células falciformes  
 Problemas del seno nasal  
 Espina Bífida  
 Enfermedad estomacal/intestinal

# INFORMACIÓN DEL PACIENTE, HISTORIA MÉDICA/DENTAL

## Cuidado Dental:

¿Cuál es su preocupación dental? \_\_\_\_\_

¿Tiene usted algún dolor dental en este momento? Si No

¿Tiene usted algún implante dental, relleno blanco/resina, o revestimiento en su boca? Si No

¿Cuándo fué su última visita dental? \_\_\_\_\_ ¿Cuándo fué la última vez que usted tuvo una limpieza dental? \_\_\_\_\_

Fecha de los últimos p ~~9041m~~(~~\_\_~~)TjETQq ~~5-30~~.7(zn - ~~05~~ n(l)-3(os)-5( )TjETQq ~~2-36~~ WT ~~01~~ c - ~~01~~ D IEMC /P A/CID 8)-2(h)3(a de )TjETQq ~~2-36~~

## CONDICIONES DE TRATAMIENTO EN CLÍNICA DE HIGIENE DENTAL FORMA DE CONSENTIMIENTO

**INFORMACIÓN GENERAL** La clínica de Higiene Dental de Foothill College es primeramente una clínica de enseñanza, así que los pacientes que reciban cuidado de higiene dental estarán participando en el programa de enseñanza. Los pacientes serán elegidos solo si se consideran adecuados como casos de enseñanza. El tratamiento será proveído por un/una estudiante de higiene dental y será supervisado por miembros de la facultad de Foothill College. El tratamiento bajo supervisión generalmente requiere el tiempo que si fuese hecha una práctica privada. Para los adultos, es posible tener un mínimo de 2 a 4 citas o más y cada cita es típicamente de 3 a 4 horas.

PROGRAMA DE HIGIENE DENTAL Foothill College

Seguridad Nacional: