



Jennifer Pichardo, DDS, PC

140 Lockwood Avenue, Suite 215, New Rochelle, NY 10801

Phone: 914-235-7453

Fax: 914-560-2000

Email: jcpichardo@drpichardo.com



Nombre _____
Dirección Residencial _____
Ciudad, Estado, Zip _____
Dirección de Email _____

Fecha de Nacimiento _____
Numero de Seguro Social _____
Numero de Teléfono _____
Metodo de Contacto: Llamada/Texto/Email _____

Historia Medica del Paciente

1. Esta actualmente bajo tratamiento medico? Si No
2. Ha sido hospitalizado alguna vez debido a un procedimiento quirúrgico o una enfermedad grave? Si No
3. Esta tomando algún medicamento, incluyendo medicinas sin receta? Si No
- Si afirmativo, cuales son? _____
4. Usted fuma? Si No
5. Ingiere bebidas alcohólicas? Si No
6. Ingiere cocaína? Si No
7. Ingiere otras drogas? Si No
8. Cuales son? _____
9. Usa usted lentes de contacto? Si No
10. Es alérgico o ha tenido alguna reacción a alguno de los siguientes medicamentos?

Anestésicos Locales (por ejemplo, novocaína)	Si	No
Penicilina u otros antibióticos	Si	No
Medicamentos a base de sulfá	Si	No
Barbitúricos	Si	No
Sedantes	Si	No
Yodo	Si	No
Aspirina	Si	No
Otro	_____	_____

11. *Si Es Mujer:*

 - a) Esta, o cree que podría estar, embarazada? Si No
 - b) Esta dando el pecho a su bebe? Si No
 - c) Esta tomando píldoras anticonceptivas? Si No

12. Padece o ha padecido de alguna de las siguientes enfermedades o dolencias? (Círcula lo que aplica)

Hipertensión	Ataque Cardíaco
Fiebre Reumática	Tobillos Hinchados
Mareos/Ataques Repentinos	Asma
Enfermedad del Hígado	Leucemia
Epilepsia/Convulsiones	Diabetes
Enfermedad de los riñones	SIDA/HIV
Problema de Tiroides	Enfisema
Marcapaso Cardíaco	Soplo Cardíaco
Cansancio Frecuente	Angina de Pecho
Enfermedad del Corazón	Anemia
Ataques de Falta de Aire	Artritis
Hepatitis/Ictericia	Dolor en el pecho
Problemas Estomacales/Ulceras	Apoplejía
Enfermedades Venéreas	Glaucoma
Fiebre de Heno/Alergias	Cáncer
Reemplazo de Articulación o Implante	Tuberculosis
Terapia de Radiación	Hipotensión
Perdida de Peso Reciente	Problema del Corazón
Problemas Respiratorios	Otro _____

Nombre de Médico _____
Teléfono de Médico _____
Fecha del Ultimo Examen _____
Nombre de Farmacia _____
Dirección de Farmacia _____
Teléfono de Farmacia _____
Contacto de Emergencia _____
Numero de Contacto _____

Historia Dental del Paciente

1. Le sangran las encías cuando se cepilla los dientes o usa hilo dental? Si No
2. Son sus dientes sensibles a líquidos o alimentos fríos o calientes? Si No
3. Son sus dientes sensibles a líquidos o alimentos dulces a ácidos? Si No
4. Siente dolor en alguno de los dientes? Si No
5. Tiene alguna herida o abultamiento en o alrededor de la boca? Si No
6. Ha sufrido alguna vez una lesión en la cabeza, en el cuello o en la mandíbula? Si No
7. Alguna vez ha padecido de alguno de los siguientes problemas en la mandíbula? (Círcula lo que aplica)

 - a) Ruidos ligeros?
 - b) Dolor (en la articulación, el oído, o en el lado de la cara)?
 - c) Dificultad a abrir o cerrar la boca?
 - d) Dificultad al mascar?

8. Padece usted de dolores de cabeza frecuentes? Si No
9. Aprieta o cruje usted los dientes? Si No
10. Se muerde los labios o el interior de las mejillas con frecuencia? Si No
11. Ha sufrido extracciones difíciles en el pasado? Si No
12. Se la ha practicado algún trabajo de ortodoncia? Si No
13. Ha sangrado prolongadamente después de una extracción? Si No
14. Ha recibido instrucción sobre el método correcto de cepillarse los dientes? Si No
15. Ha recibido instrucción sobre el cuidado de las encías? Si No

Certifico que he leído y entendido la información anterior. Las preguntas anteriores han sido contestadas con exactitud, a mi mejor saber y entender. Entiendo que suministrar información incorrecta puede ser peligroso para mi salud.

Firma _____ Fecha _____