

**Molar Kina**

2859 E Fountain Blvd  
 Colorado Springs, CO 80910  
 Ph # : 719-358-6379  
 Fax #: 719-645-8320

**Información Personal Del Paciente**

Título	Apellido, Nombre	Apodo	Fecha de nacimiento	Estado Civil	Edad	Sexo
Dirección	Ciudad, Estado, Código Postal	Correo Electrónico	Número de Casa#	Número de Celular#	Número de Trabajo	Número de Licencia de Conducir
			Estudiante	Nombre de Escuela	Seguro Social	
			Tipo de Referencia			

**Persona/Guardián responsable para el pago de facturas**

Título	Apellido, Nombre	Apodo	Fecha de nacimiento	Estado Civil	Edad	Sexo
Dirección	Ciudad, Estado, Código Postal	Correo Electrónico	Número de Casa#	Número de Celular#	Número de Trabajo	Número de Licencia de Conducir
			Seguro Social			

¿Tienes seguro Dental?  Sí  No      ¿Tienes Seguro Secundaria Dental?  Sí  No

Número de Grupo	Nombre de Asegurance	Número de Teléfono	Nombre del Empleador	Apellido, Nombre	Dirección	Ciudad, Estado, Código Postal	Relación de Paciente	Número de Identificación	Fecha de nacimiento

**Información Médica del Paciente**

**Alérgico a**

<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N No Alergias conocidas	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Anorexia	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Desmayos	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Diarrea Persistent
<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Arteriosclerosis	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Ampollas de Fiebre	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Premedicación	

<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Aspirina	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Artritis	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Dolores de cabeza frecuentes	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Tratamiento de Radiacion
<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Barbitúricos / Pastillas para dormir	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Asma	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Boca seca con frecuencia	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Fiebre Reumática
<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Codeína	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Enfermedad autoinmune	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Reflujo gag	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Cardiopatía Reumatica
<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Erithromicina	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Problemas de la vejiga	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Problemas de la Vesiculabiliar	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Artritis Reumatoide
<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Lodine	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Coagulación Sanguinea	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Fiebre de Heno	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Convulsiones
<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Goma de Látex	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Transfusión de Sangre	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Ataque al Corazón	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Enfermedad de transmission sexual
<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Anestésicos Locales	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Bulimia	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Enfermedad del Corazón	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Falta de Aliento
<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Metales	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Bronquitis	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Soplo Cardíaco	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Salpullido
<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Sin Epinefrina	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Cáncer/Tumor O Crecimiento	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Hepatitis	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Problemas da la Sinusitis
<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Penicilina	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Marcapasos Cardíaco	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Herpes	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Úlceras Estomacales
<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Hepatitis Anterior	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Enfermedad Cardiovascular	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Presión Alta	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Derrame Cerebral
<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Medicamentos Con Sulfa	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Quimioterapia	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Urticaria	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Problemas de la Tiroides
<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Otros Narcóticos	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Dolor en el pecho cuando hace algún esfuerzo	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Ictericia	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Tuberculosis
<b>Check, if applicable</b>		<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Reemplazo de la Articulación	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Raro Perdidad de Peso
<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Ningun cambio desde la ultima visita	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Daltonismo	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Riñon	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Orinar con Frecuencia
<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Preocupaciones o problemas no concidas	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Defecto Congénito del Corazón	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Leucemia	<b>Other</b>
<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Sangrado abnormal	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Lentes de Contacto	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Enfermedad del Higado	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Ve Documentos Escaneados: Notas del Paciente
<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Infección por el VIH/SIDA	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Insuficiencia Cardíaca Congestiva	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Presión Baja	
<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Abuso de Drogas y Alcohol	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Válvula Cardíaca Dañada	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Lupus	
<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Angina	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Diabetes	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Problemas de Salud Mental	
<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Anemia	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Emphysema	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Prolapso de la Válvula Mitral	
<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Hinchado de Tobillo	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Alergias Ambientales	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Marcopasos Cardíaco	
	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Epilepsia		

### Cuestionario Dental

#### Dental Questionnaire

Nombre del Dentista Anterior \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_

Fecha de su última limpieza \_\_\_\_\_

Fecha de su última examen \_\_\_\_\_

Fecha de sus radiografias últimos de la serie completa \_\_\_\_\_

Fecha de su última detección cavidad (Mordida) Radiografías

---

¿Sangran sus encías durante el cepillado o la limpieza con hilo dental ?

---

¿Son los dientes sensibles al calor, el frío o los dulces ?

---

obtiene ampollas de fiebre frecuentes, úlceras en la boca o llagas en los labios o en la boca?

---

has quemado la lengua o agrietamiento de las comisuras de la boca?

---

Mastica o fuma Tabaco in cualquier forma ?

---

Ha tenido alguna lesion en la cabeza, el cuello o la mandibula?

---

Notas estallar al hacer clic o dolor de las mandibulas o puntos justo en frente de los orejas ?

---

Clinch o rechina los dientes ?

---

Has tenido un tratamiento de ortodoncia ?

---

En caso afirmativo, fecha de colocación?

---

Usas parciales ?

---

En caso afirmativo, fecha de colocación??

---

¿Está satisfecho con su dentadura postiza ?

---

¿estás teniendo problemas específicos con los dientes , las encías o la boca en este momento ?

---

¿Está satisfecho con su sonrisa?

---

¿Tienes problemas con dientes / rellenos?

---

¿Utiliza hilo dental con regularidad ?

---

¿Tiene , o alguna vez le ha dicho que usted tiene piorrea ( enfermedad periodontal ) ?

---

¿Tiene dificultad para abrir la boca ampliamente ?

\_\_\_\_\_

¿Tiene un sabor desagradable o el olor de los dientes / boca?

\_\_\_\_\_

¿Tienes captura de alimentos entre los dientes ?

\_\_\_\_\_

¿Quieres aprender a controlar su enfermedad dental y conservar los dientes?

\_\_\_\_\_

Comentarios adicionales

Cualquier enfermedad, condición o problema no mencionado ? Por favor enumere

\_\_\_\_\_

### Cuestionario Médico

#### Contacto de emergencia

Nombre del contacto de emergencia

\_\_\_\_\_

Teléfono de contacto de emergencia

\_\_\_\_\_

Relación de contacto de emergencia al paciente

\_\_\_\_\_

#### Cuestionario Médico

Médico familiar

\_\_\_\_\_

Teléfono

\_\_\_\_\_

¿Está usted actualmente bajo el cuidado de un médico

\_\_\_\_\_

En caso afirmativo , ¿cuál es la enfermedad que padece ?

\_\_\_\_\_

¿Ha tenido alguna enfermedad grave , operación o ha sido hospitalizado en los últimos 5 años ?

\_\_\_\_\_

En caso afirmativo , ¿qué enfermedad o problema?

\_\_\_\_\_

¿Está tomando algún medicamento?

\_\_\_\_\_

En caso afirmativo , ¿qué?

---

¿Ha tomado bisphosphonates (Fosamax, Boniva, Zometa, Actonel, Didronel, Aredia, Skelid, Reclast)

---

Have you ever taken the diet control drug Fen-Phen ?

---

¿Utiliza las bebidas alcohólicas ?

---

Fuma usted ?

---

### Solo mujeres

¿Estás embarazada?

---

En caso afirmativo, ¿cuál es su fecha de vencimiento ?

---

¿Estás dando pecho?

---

¿Tiene problemas menstruales?

---

¿Está usted en la terapia de reemplazo hormonal?

---

¿Está usted tomando anticonceptivos o medicamentos pa la fertilidad?

---

¿Comentarios Adicionales?

Cualquier enfermedad, condición o problema no mencionado ? Por favor enumere

---

Al firmar a continuación, certifico que toda la información es verdadera a lo mejor de mi conocimiento

\_\_\_\_\_  
**Paciente/Guardían Firma**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**