



David E. Rogers, D.D.S.



Encuesta y Historia de Salud del Paciente

Patient Information	Apellido		Nombre		Initial		Apellido		Fecha de Nacimiento		Fecha de hoy		
	Direccion						Ciudad			Estado			Codigo Postal
	Tel de Casa			Cellular -Paciente			Cellular-Madre/Padre/Esposo/Cuidador			Tel-Trabajo			
	()		()		()		()						
	Sexo	Edad	Peso	Estatura	Nombre Mama/Esposo		Nombre Papa/Cuidador		Nombre y Telefono del Contacto en caso de Emergencia				
	M	F							()				
	Nombre de persona responsable para la cuenta			Relation al Paciente		# de Lic de Manejo/Fecha de Expiracion			# de Seguro Social (SSA)		Fecha de Nacimiento		
	Direccion			Ciudad			Estado		Codigo Postal	Tel de Casa		Cellular	
									()		()		

Medical History	Ha tenido o tiene cualquier de los siguientes:		
	S N Resfriado/Tos/Fiebre/EscalosFrios/Covid	S N Cualquier problema del Rinon:	S N Sufras de epilepsia?
	S N Espasmos Musculares	S N a. Piedras Renales	S N a. Crisis Tónico-Clónico
	S N Accidente Cerebro Vascular/Embolia	S N b. Fallo Renal	S N b. Convulsiones de ausencia
	S N Parálisis de cualquier tipo	S N c. Dialisis Renal	Fecha de ultimo convulsion _____
	S N Adormecimiento de cualquier tipo	S N d. Infecciones Renales	Duracion _____
	S N Heartburn	S N e. Infecciones del Tracto Urinaria	Frecuencia _____
	S N Reflujo Gastrico	S N f. Retention Urinaria	S N Convulsiones de fiebre? Cuando? _____
	S N Hernia Hiatal	S N g. Dolor a Urinar	S N Esta embarazada?
	S N Cualquier problema con su sangre:	S N Diabetes	Fecha del ultima regla _____
	S N a. Anemia	S N a. Tipo I (IDDM)	S N Problemas del Corazon:
	S N b. Leucemia	S N b. Tipo II (NIDDM)	S N a. Soplo
	S N c. Enfermedad de Sickle Cell/Gene	S N Cualquier problema de espalda o cuello?	S N b. Dolor de pecho
	S N d. Cancer	S N Tomas alcohol?	S N c. Latidos cardiacos irregulares
	S N e. SIDA (HIV/AIDS)	Cuanto por dia? _____	S N d. Ataque del corazon
S N f. Malaria	Por cuantos anos? _____	S N e. Dificultad de respiracion	
S N A recibido transfusion de sangre	S N Alergia a Latex?	S N f. Presion sanguinea alta	
S N Familiares con problemas de sangre	S N Histerectomia	S N g. Fiebre/Enfermedad Reumatica	
S N Masticas tobacco	S N Problemas del sistema nerviosa central:	S N h. CABG	
S N Fumas / Vape	S N a. Autismo	S N Problemas con Pulmones:	
Paq/cigaros por dia _____	S N b. ADD / ADHD	S N a. Asthma	
# anos que a fumado _____	S N c. Parálisis cerebral	S N b. Reaccion en las vias respiratorias	
S N Cualquier problema del Tiroides:	S N d. Retardacion Mental	S N c. Emfisema	
S N a. Hipotiroideo	S N e. Epilepsia	S N d. Bronqitis	
S N b. Hipertiroides	S N f. Down's syndrome	S N Ha usado marijuana	
S N Cualquier problema del Hgado:	S N g. Cefalea	S N a. Cocaína	
S N a. Cirosis	S N h. Migranias	S N b. Heroína	
S N b. Hepatitis	S N i. Depresion	S N c. PCP	
S N c. Ictericia Armarillo	S N j. Manico/depresion	S N d. Amfetaminas	
S N Fibromialgia	S N Alergias o intolerancias a medicinas?	S N Cualquier otra droga recreational	
S N Usa dentadura?	A cual medicinas? _____		

Que medicinas esta tomando?	Nombre y telefono de su Medico?	S N Ha tenido Ud o cualquier otro pariente de sangre ha tenido una problema relacionado con cirugia o anesthesia general? Quien _____	
_____	_____	Ha tenido cirugias? Cuales? _____	
_____	() _____	_____	
_____	Fecha del ultimo Examen Fisico _____	Cualquier otra enfermedad? _____	

Dental Office	Nombre del Oficina Dental		Appointment Date		Appointment Time		Appointment Length	
					am / pm			