



# Jennifer Pichardo, DDS, PC

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

Phone: 914-235-7453

Fax: 914-813-0381

Email: jcpichardo@drpichardo.com



Nombre \_\_\_\_\_  
Dirección Residencial \_\_\_\_\_  
Ciudad, Estado, Zip \_\_\_\_\_  
Dirección de Email \_\_\_\_\_

Fecha de Hoy \_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_  
Numero de Seguro Social \_\_\_\_\_  
Teléfono de Casa \_\_\_\_\_  
Teléfono del Trabajo \_\_\_\_\_

## Historia Medica del Paciente

- Esta actualmente bajo tratamiento medico? Si  No
- Ha sido hospitalizado alguna vez debido a un procedimiento quirúrgico o una enfermedad grave? Si  No
- Esta tomando algún medicamento, incluyendo medicinas sin receta? Si  No   
Si afirmativo, cuales son? \_\_\_\_\_
- Usted fuma? Si  No
- Ingiere bebidas alcohólicas, cocaína u otras drogas? Si  No
- Usa usted lentes de contacto? Si  No
- Es usted 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 sulfa Si  No   
Barbitúricos Si  No   
Sedantes Si  No   
Yodo Si  No   
Aspirina Si  No   
Otro \_\_\_\_\_ Si  No
- 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
- Padece o ha padecido de alguna de las siguientes enfermedades o dolencias? Si No Si No  
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    
Pérdida de Peso Reciente   Problema del Corazón    
Problemas Respiratorios   Otro \_\_\_\_\_

Médico \_\_\_\_\_  
Teléfono de la Oficina \_\_\_\_\_  
Fecha del Ultimo Examen \_\_\_\_\_  
En Caso de Emergencia, Contacto a \_\_\_\_\_  
Numero de Contacto \_\_\_\_\_

## Historia Dental del Paciente

- Le sangran las encías cuando se cepilla los dientes o usa hilo dental? Si  No
- Son sus dientes sensibles a líquidos o alimentos fríos o calientes? Si  No
- Son sus dientes sensibles a líquidos o alimentos dulces a ácidos? Si  No
- Siente dolor en alguno de los dientes? Si  No
- Tiene alguna herida o abultamiento en o alrededor de la boca? Si  No
- Ha sufrido alguna vez una lesión en la cabeza, en el cuello o en la mandíbula? Si  No
- Alguna vez ha padecido de alguno de los siguientes problemas en la mandíbula? Si No  
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?
- Padece usted de dolores de cabeza frecuentes? Si  No
- Aprieta o cruje usted los dientes? Si  No
- Se muerde los labios o el interior de las mejillas con frecuencia? Si  No
- Ha sufrido extracciones difíciles en el pasado? Si  No
- Se la ha practicado algún trabajo de ortodoncia? Si  No
- Ha sangrado prolongadamente después de una extracción? Si  No
- Ha recibido instrucción sobre el método correcto de cepillarse los dientes? Si  No
- 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 \_\_\_\_\_