



Dr. Natalia N. Antley D.D.S.

2329 Devine St. Suite 2, Columbia, SC 29205 T: 803-799-3368

Información del paciente

Escriba su nombre en letra imprenta: _____ Fecha: _____
Apellido Nombre Segundo nombre

Masculino ☐ Femenino ☐ Estado Civil: Soltero ☐ Casado ☐ Niño ☐ otro: _____

Fecha de nacimiento: _____ S.S. #: _____ E-mail: _____

Dirección de la casa: _____
Nombre de la calle Ciudad Estado Código Postal

Numero de celular: _____ Número de teléfono en casa: _____

Número de teléfono en el trabajo: _____ Aseguranza Dental: _____

Empleador: _____ Ocupación: _____

Farmacia Preferida (nombre, dirección, teléfono): _____

Historia de su salud

1. ¿Está recibiendo tratamiento médico? Sí es así por favor explíquelo.

2. Si esta tomando actualmente algún medicamento, por favor descríbalos.

3. ¿Alguna vez ha tomado Fosamax, Boniva, Actonel o cualquier otro medicamento que contenga bifosfonatos?

4. ¿Es usted sensible o alérgico al látex?

5. ¿Es usted alérgico (urticaria o hinchazón) a algún medicamento? En caso afirmativo, ¿cuáles?

6. ¿Está tomando anticoagulantes? Si es así, enumérellos aquí.

***** Por favor completar el respaldo de esta página *****

7. Está embarazada? _____ Para cuándo esta? _____

8. Haga una lista de todas las cirugías que haya tenido:

Marque si tiene alguna de las siguientes condiciones.

Afección cardíaca		Prótesis Articuciones		Tuberculosis	
Trastorno hemorrágico		Hepatitis		Enfermedad tiroidea	
Historia de Accidente cerebrovascular/ataque de corazón		Enfermedad de riñón		Cáncer o tumores	
Diabetes		Artritis		Ansiedad, Depresión	
Válvula artificial del corazón		Lupus		Adicción a las drogas	
Enfermedades pulmonares		Convulsiones		Otro	

Historia Dental

¿Hay algo que le moleste de sus dientes o su salud dental? _____

Marque si tiene alguna de las siguientes condiciones.

Encías Sensitivas con sangrado		Comida que se atrapa entre los dientes		haciendo clic / haciendo estallar la mandíbula	
Sensibilidad al frio o al calor		Diente flojo o con movilidad		Llagas en la boca	
Sensibilidad a los dulces		Sensibilidad cuando muerde		Halitosis	
Calzas rotas		Hace sonar los dientes o los aprieta consciente o inconscientemente			

¿Tiene alguna ansiedad o miedo relacionado con el tratamiento dental? Sí ☐ No ☐

¿Quién fue su dentista anterior y cuánto tiempo fue paciente allí? _____

Fecha de su último examen dental: _____

Date of your last dental cleaning: _____

¿Hay algo acerca de sus dientes que desea cambiar? _____

Que yo sepa, todas las respuestas e información anteriores son verdaderas y correctas. Si tengo cambios en mi salud, informaré al médico en la próxima cita.

Firma del paciente/encargado:

Fecha: