Lowry Y Wong, DDS

Park Place 4647 Long Beach Blvd, Suite A-1 Long Beach, Ca 90805-6977 562-426-6594

lywongdds@gmail.com

Fecha	_					
Nombre de Paciente Apellido	Primer Nombre	Seg	Segundo			
Feche de Nacimiento	Numero de	Numero de Seguro Social				
1. Historia Dental						
Nombre y número de telefono del ex d						
Fecha de la última visita dental						
Cuéntanos sobre tus problemas dental	les actuales					
¿Algún problema asocioado con el tratmie	nto dental previo? En caso afirm	ativo:				
¿El tratamiento dental te pone nervioso?	Y N ¿Son	tus dientes sensibles al frío, al ca	aliente o a los dulces?	Y		
¿Te sangran las encías al cepillarte, hilo d	ental? Y 🔲 N 🔲 Me ş	gustaría tener mis dientes	más blancos	Y 🔲 N		
Me gustaría que mis dientes fueran más re	ectos Y 🔲 N 🔲 Ten	go fichas en mis dientes qı	ue quiero arreglar	y 🔲 N		
2. Historia Médica						
Salud General: Excele	ente 🔲 Bueno	Justa	Pobre			
Nombre del Médico:	Tele	éfon del Médico:				
Por favor liste los medicamentos recet	ados y no recetados en los últ	imos 3 meses:				
1.	5.					
2.						
3.	7.					
4	8.					

Tiene o ha tenido alguno de los sigui-	entes?				
AIDS/HIV POSITIVO	Υ	N	HEPATITIS A,B, OR C	Υ	N
ANEMIA	Υ	N	ALTA PRESION	Υ	N
ARTRITIS	Υ	N	ENFERMEDAD DEL RINON	Υ	N
CORAZON ARTIFICIAL/ VALVULA	Υ	N	ENFERMEDAD DEL HIGADO	Υ	N
ASMA	Υ	N	LUPUS	Υ	N
AUTISMO	Υ	N	PREOCUPACIONES DE SALUD MENTAL	Υ	N
ENFERMEDAD AUTOINMUNE	Υ	Ν	PROLAPSO DEL HIGADO	Υ	N
TRASTORNO DE LA SANGRE / CLOTTING	Υ	N	TRASTORNO DEL HUMOR O ESTRÉS	Υ	N
HEMATOMA FACILMENTE	Υ	N	ESCLEROSIS MÚLTIPLE	Υ	N
CANCER	Υ	N	TRASPLANTE DE ORGANO	Υ	N
CURACION TARDI	Υ	N	MARCAPASOS	Υ	N
DIABETES	Υ	N	ANTIBIOTICOS RUTINOS ANTES DE LA VISITA DENTAL	Υ	N
DESORDEN ALIMENTICIO	Υ	N	FIEBRE REUMATICA	Υ	N
DEPENDENCIA QUIMICA/ALCOHOL	Υ	N	STROKE	Υ	N
EPILEPSIA / CONVULSIONES	Υ	N	ENFERMEDAD DE TIROIDES	Υ	N
GLAUCOMA	Υ	N	TOMADO IV or ORAL BisPhosphonates	Υ	N
DESMAYO	Υ	N	TUBERCULOSIS	Υ	N
ENFERMEDAD DE CORAZON/ATAQUE	Υ	N	ULCERAS/ COLITIS ULCERAS	Υ	N
DEFECT CARDIACO / MURMULLO	Υ	N	RECIENTES VISITAS DE ER / HOSPITALIZACIÓN	Υ	N
PROBLEMAS DEL CORAZÓN	Υ	N	FUMA O USA TABACO	Υ	N
Amoxicillin/Penicilina Aspirina / Advil / Ibuprofeno Cephalosporina Clindamycina	Y Y Y	N N N	Codeina Anestesia Dental Eritromicina Látex	Y Y Y	N N N
Cualquier otra alergia a los medicamentos?					
MUJERES: ¿ Está usted embarazada o	tratand	lo de qu	edar? Y N	MES	
incorrecta puede ser peligroso para m	i salud y ⁄a realizo estado r	no respo ado al co nédico a		os de su	equipo dental otificar a mi