

# Lowry Y Wong, DDS

Park Place

4647 Long Beach Blvd, Suite A-1

Long Beach, Ca 90805-6977

562-426-6594

[lywongdds@gmail.com](mailto:lywongdds@gmail.com)

Fecha \_\_\_\_\_

Nombre de Paciente Apellido \_\_\_\_\_

Primer Nombre \_\_\_\_\_

Segundo \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Numero de Seguro Social \_\_\_\_\_

## 1. Historia Dental

Motivo de la visita de hoy: \_\_\_\_\_

Nombre y número de telefono del ex dentista \_\_\_\_\_

Fecha de la última visita dental \_\_\_\_\_

Cuéntanos sobre tus problemas dentales actuales \_\_\_\_\_

¿Algún problema asociado con el tratamiento dental previo? En caso afirmativo: \_\_\_\_\_

¿El tratamiento dental te pone nervioso? Y  N  ¿Son tus dientes sensibles al frío, al caliente o a los dulces? Y  N

¿Te sangran las encías al cepillarte, hilo dental? Y  N  Me gustaría tener mis dientes más blancos Y  N

Me gustaría que mis dientes fueran más rectos Y  N  Tengo fichas en mis dientes que quiero arreglar Y  N

## 2. Historia Médica

Salud General:  Excelente  Bueno  Justa  Pobre

Nombre del Médico: \_\_\_\_\_ Teléfono del Médico: \_\_\_\_\_

Por favor liste los medicamentos recetados y no recetados en los últimos 3 meses:

1. \_\_\_\_\_ 5. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_ 6. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_ 7. \_\_\_\_\_

4. \_\_\_\_\_ 8. \_\_\_\_\_

