

Hollywood Orthodontics
3113 Stirling Road Suite # 101
Fort Lauderdale, FL 33312
954-981-5333

HISTORIA MEDICA

Fecha: _____ A quien podemos agradecer la referencia? _____
Nombre-paciente : _____ Fecha-nacimiento: _____ edad _____
Direccion: _____ # de Apto _____
Ciudad: _____ Codigo postal: _____
Nombre de los padres(si es menor) _____
Celular () _____ Email: _____
Nombre de su dentista general: _____ Tele# _____
Por favor indique si:
____ tiene seguro ____ no tiene seguro ____ tiene un plan de descuento

Nombre del seguro o plan de descuento: _____
Nombre del asegurado: _____ Fecha de nacimiento: _____
Parentesco con el paciente: _____ # de seguro social: _____
Compañia de seguro: _____ # de poliza _____
Tiene algun seguro adicional? SI NO (CUAL)

Historia Medica Dental (Ha tenido o tiene)

	SI	NO
1. Alergias, asma, sinusitis		
2. Problemas del Corazon, soplo, cirugia, marcapaso, fiebre reumatica		
3. Problemas de estomago, higado, riñones, tiroides, pulmones		
4. Hepatitis o ictericia		
5. Epilepsia o desordenes nerviosos		
6. Cancer, tratamiento de radiaciones o quimoterapia		
7. Enfermedades venereas, herpes, SIDA(AIDS)		
8. Mujeres- Esta embarazada?		
9. Sangramiento o problemas de circulacion?		
10. Dolor en la quijada o cerca de los oidos		
11. Rechina los dientes		
12. Esta bajo tratamiento medico actualmente? Por que?		
13. Esta tomando alguna medicina actualmente? Especifique cual		
14. Alguna otra enfermedad		
15. Tiene algun problema medico no mencionado		

Firma del paciente(del padre/guardian si es menor Fecha

Nombre en letra de molde : _____