

Información de Paciente

Apellido: _____ Nombre: _____ Inicial: _____

Dirección: _____

Teléfono de su casa: _____ Trabajo: _____ Celular: _____

Correo electrónico: _____ Numero de seguro social: _____

Es usted casado(a): _____ Fecha de nacimiento: _____

Numero de licencia: _____ Otra forma de identificación: _____

Compañía donde usted trabaja: _____

Dirección: _____

Nombre de familiar más cercano que no vive con usted: _____

Relación a usted: _____ Numero de teléfono: _____

Historia Dental

Cuando fue su última visita al dentista? _____

Tratamiento que se proporciono? _____

Cuando fue la ultima ves que le tomaron rayos X completa y donde fue? _____

Tiene en este momento algún preocupación dental? _____

Ha sido tratado usted con Lidocaína, tuvo reacción alérgica? _____

Usted sufre de condición de la boca seca? _____

Información de Seguro

Compañía de seguro: _____

Teléfono: _____ Número de identificación de seguro: _____

Nombre de asegurado: _____ Relación al asegurado: _____

Historia Médica

Nombre de su doctor: _____

Teléfono: _____

En este momento, esta bajo un tratamiento medico? Si?, por favor explique: _____

Por favor ponga en lista medicaciones que usted toma actualmente: _____

Tiene usted algún alergia a medicaciones? Si?, por favor explique: _____

Tiene usted algún invalidez que requiere ayuda especial? _____

Esta usted embarazada? Le da a su bebe alimentación de pecho: _____

Toma anticonceptivos orales? _____

Fuma Ud. cigarrillos o productos de tabaco? Si _____ No _____

Marque las condiciones médicas que apliquen:

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="radio"/> Al cólico | <input type="radio"/> Crecimientos | <input type="radio"/> Marcapasos |
| <input type="radio"/> Alergias | <input type="radio"/> Fiebre del heno | <input type="radio"/> Penicilina para Alérgicos |
| <input type="radio"/> Anemia | <input type="radio"/> Lesiones en la cabeza | <input type="radio"/> Pre-medicación Necesaria |
| <input type="radio"/> Artritis | <input type="radio"/> Enfermedades del Corazón | <input type="radio"/> Tratamiento de Radiación |
| <input type="radio"/> Uniones Artificiales | <input type="radio"/> Soplo Cardiaco | <input type="radio"/> Condición Respiratoria |
| <input type="radio"/> Asma | <input type="radio"/> Hepatitis | <input type="radio"/> Fiebre Reumática |
| <input type="radio"/> Enfermedad de Sangre | <input type="radio"/> Herpes | <input type="radio"/> Reumatismo |
| <input type="radio"/> Alergia de Codeína | <input type="radio"/> Hipertensión arterial | <input type="radio"/> Sinusitis |
| <input type="radio"/> Depresión | <input type="radio"/> SIDA | <input type="radio"/> Condición Estómago |
| <input type="radio"/> Diabetes | <input type="radio"/> Ictericia | <input type="radio"/> Accidentes Cerebrovascular |
| <input type="radio"/> Mareos | <input type="radio"/> Enfermedad renal | <input type="radio"/> Alergia Sulfa |
| <input type="radio"/> Dependencia a Drogas | <input type="radio"/> Alergias de látex | <input type="radio"/> Condición de Tiroides |
| <input type="radio"/> Epilepsia | <input type="radio"/> Enfermedades hepáticas | <input type="radio"/> Tuberculosis |
| <input type="radio"/> Sangrado Excesivo | <input type="radio"/> Trastornos mentales | <input type="radio"/> Tumores |
| <input type="radio"/> Desmayo | <input type="radio"/> Trastornos nerviosos | <input type="radio"/> Ulceras |
| <input type="radio"/> Glaucoma | <input type="radio"/> Cáncer | <input type="radio"/> Enfermedades Venéreas |
- Otra enfermedad (Por favor explique) _____

Firma de Paciente/Pariente

Fecha