

**NOS COMPLACE DARLE LA BIENVENIDA A NUESTRA OFICINA,
POR FAVOR TOMESE UNOS MINUTOS PARA LLENAR ESTA
FORMA.**

Información del Paciente

Fecha _____

Nombre _____ Teléfono() _____
Primer nombre Apellido

Sexo M__F__ Fecha de Nacimiento _____

de S.Social _____ # de Lic. de Manejar _____

Nino/a__Soltero/a__Casado/a__Viudo/a__ Separado/a__ Divorciado/a__

Direccion _____ Ciudad _____ Estado _____Codigo _____

Donde trabaja? _____ Ocupacion _____

Ha venido aqui alguien de su familia? _____Nombre _____Parentezco _____

Si es estudiante, Nombre de la Escuela _____

Direccion _____ Ciudad _____ Estado _____Codigo _____

Nombre de la Seguranza _____ # de Teléfono _____

A quien le agradecemos la referencia? _____

En caso de emergencia, a quien le podemos llamar? _____

de Telefono() _____ Parentezco _____

Si el paciente es un niño/a llene lo siguiente

Persona responsable _____ Parentesco al Paciente _____

Fecha de nacimiento _____ # de S.Social _____

de Licencia de Manejar _____ # de Teléfono() _____

Direccion _____ Ciudad _____ Estado _____Codigo _____

Sexo M__F__ Soltero/a__ Casado/a__ Viudo/a__ Separado/a__ Divorciado/a__

Donde trabaja? _____ Ocupacion _____

LA SIGUIENTE PAGINA POR FAVOR

HISTORIA DENTAL

Razón por la que vino hoy _____

Fecha de su ultima visita al dentista _____ Nombre de el Dentista _____

Marque si ha tenido algún problema de los siguientes:

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Mal aliento | <input type="checkbox"/> Rechina los dientes | <input type="checkbox"/> Sensible a lo caliente |
| <input type="checkbox"/> Sangrado de encía | <input type="checkbox"/> Dientes flojos | <input type="checkbox"/> Sensible a lo dulce |
| <input type="checkbox"/> Ruido en la quijada | <input type="checkbox"/> Rellenos quebrados | <input type="checkbox"/> Sensible cuando muerde |
| <input type="checkbox"/> Se junta comida entre los dientes | <input type="checkbox"/> Sensible a lo frio | <input type="checkbox"/> Bultos o llagas cerca de su boca |

Cada cuando usa el hilo dental? _____ Cada cuando se cepilla? _____

HISTORIA MEDICA

Nombre de su doctor _____ Fecha de su ultima visita _____

Ha tenido alguna operacion o enfermedad grave? _____ Explique _____

Ha tenido transfusion de sangre? Si No Que fecha? _____

Anote cualquier medicamento que este tomando _____

Es alergico a algun medicamento? _____

Ha tomado alguna vez Phen-Fen o Redux? _____

(Mujeres) Embaraza? Si No Amamantando? Si No Toma pastillas anticonceptivas? Si No

Marque si tiene o ha tenido algo de lo siguiente: _____

- | | | | |
|--|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Tratamiento de cortisone | <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> Falta de aliento |
| <input type="checkbox"/> Artritis, Reumas | <input type="checkbox"/> Tos persistente | <input type="checkbox"/> Alta Presion | <input type="checkbox"/> Salpullido en la piel |
| <input type="checkbox"/> Valvulas artificiales del Corazon | <input type="checkbox"/> Diabetis | <input type="checkbox"/> Sida o HIV | <input type="checkbox"/> Embolia |
| <input type="checkbox"/> Coyonturas artificiales | <input type="checkbox"/> Epilepsia | <input type="checkbox"/> Dolor de quijada | <input type="checkbox"/> Pies/tobillos hinchados |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Desmayos | <input type="checkbox"/> Enfermedad de Hgado | <input type="checkbox"/> Problema de tiroides |
| <input type="checkbox"/> Problemas de espalda | <input type="checkbox"/> Glaucoma | <input type="checkbox"/> Enfermedad de Rinon | <input type="checkbox"/> Habito al Tabaco |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad de la sangre | <input type="checkbox"/> Dolor de cabeza | <input type="checkbox"/> Marcapasos | <input type="checkbox"/> Anginas |
| <input type="checkbox"/> Cancer | <input type="checkbox"/> Murmullo al Corazon | <input type="checkbox"/> Tratamiento de radicion | <input type="checkbox"/> Tuberculosis |
| <input type="checkbox"/> Quimoterapia | <input type="checkbox"/> Problemas del corzaon | <input type="checkbox"/> Enfermedad respiratoria | <input type="checkbox"/> Ulceras |
| <input type="checkbox"/> Problemas respiratorios | <input type="checkbox"/> Hemophilia | <input type="checkbox"/> Fiebre reumatica | <input type="checkbox"/> Enfermedad venerea |

ENTIENDO Y ESTOY DE ACUERDO QUE SOY RESPONSIBLE DE PAGAR O DOS LOS SERVICIOS PRESTADOS A FAVOR DE MI O MIS DEPENDIENTES.

Firme _____ Fecha _____