

Información del Paciente

Bienvenido a nuestra oficina! Para ayudarnos a servirle, por favor complete el siguiente formulario confidencial.
La información proporcionada es importante para su salud dental.

Nombre del Paciente _____	Nombre preferido _____	Fecha de Nacimiento _____
Nombres de los padres menores _____	Teléfono de la casa _____	Teléfono móvil _____
Dirección de envío _____	Ciudad _____	Estado _____ Código postal _____
Dirección de correo electrónico _____	Licencia de Conducir / Número de Id _____	
Empleador _____	Ocupación _____	Teléfono de trabajo _____
Información Asegurado: Nombre del Asegurado _____		Relación con el Paciente _____
Número de Seguro Social del Asegurado _____		Fecha de Nacimiento Asegurado _____
DentalCompañía de Seguros _____		
Asegurado ID miembro _____		Número de Grupo Asegurado _____
¿Qué te trae por aquí hoy? _____		
¿Qué le gustaría cambiar de tu sonrisa? _____		
¿Cómo se enteró de nosotros? _____		
¿A quién podemos agradecer por usted en referencia a nuestra oficina? _____		

Historia de Salud Médica

<p>¿Tiene, o ha tenido alguna de las siguientes situaciones? (marque lo que corresponda)</p> <p><input type="checkbox"/> Cáncer o tumor (por favor círculo)</p> <p><input type="checkbox"/> Enfermedad del corazón o angina (por favor círculo)</p> <p><input type="checkbox"/> Soplo cardíaco o prolapso de la válvula mitral (por favor círculo)</p> <p><input type="checkbox"/> Defecto del corazón</p> <p><input type="checkbox"/> La fiebre reumática o enfermedad cardíaca reumática (por favor círculo)</p> <p><input type="checkbox"/> Válvula de articulación o corazón artificial (por favor círculo)</p> <p><input type="checkbox"/> La presión arterial alta o baja</p> <p><input type="checkbox"/> Marcapasos</p> <p><input type="checkbox"/> Tuberculosis u otras problemas pulmonares (por favor círculo)</p> <p><input type="checkbox"/> La enfermedad renal / diálisis</p> <p><input type="checkbox"/> Hepatitis</p> <p><input type="checkbox"/> Otras enfermedades del hígado</p> <p><input type="checkbox"/> Alcoholismo</p> <p><input type="checkbox"/> Transfusión de sangre</p> <p><input type="checkbox"/> Diabetes</p> <p><input type="checkbox"/> Condición neurológica</p> <p><input type="checkbox"/> Epilepsia, convulsiones o desmayos (por favor círculo)</p> <p><input type="checkbox"/> Condición emocional</p> <p><input type="checkbox"/> Arthritis</p> <p><input type="checkbox"/> Herpes o herpes labial (por favor círculo)</p> <p><input type="checkbox"/> SIDA o VIH positivo</p> <p><input type="checkbox"/> Las migrañas o dolores de cabeza frecuentes (por favor círculo)</p> <p><input type="checkbox"/> Anemia o trastornos sanguíneos</p> <p><input type="checkbox"/> El sangrado anormal después de extracciones, cirugía o trauma</p> <p><input type="checkbox"/> Fiebre del heno o problemas del seno (por favor círculo)</p> <p><input type="checkbox"/> Alergias o urticaria (por favor círculo)</p> <p><input type="checkbox"/> Asma</p> <p><input type="checkbox"/> Ansiedad/Nerviosismo</p> <p>¿Usted fuma o usa tabaco de mascar? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>	<p>¿Es usted alérgico a, reaccionado adversamente a cualquiera de los siguientes?</p> <p><input type="checkbox"/> Materiales de látex</p> <p><input type="checkbox"/> La penicilina o otros antibióticos</p> <p><input type="checkbox"/> Los anestésicos locales ("novocaína")</p> <p><input type="checkbox"/> La codeína o otros narcóticos</p> <p><input type="checkbox"/> Las sulfamidas</p> <p><input type="checkbox"/> Barbitúricos, sedantes o pastillas para dormir</p> <p><input type="checkbox"/> Aspirina</p> <p><input type="checkbox"/> Otros: _____</p> <p>¿Está tomando alguna de las siguientes?</p> <p><input type="checkbox"/> Aspirina</p> <p><input type="checkbox"/> Anticoagulantes (diluyentes de la sangre)</p> <p><input type="checkbox"/> Antibióticos o medicamentos con sulfa</p> <p><input type="checkbox"/> Medicamentos para la presión arterial alta</p> <p><input type="checkbox"/> Antidepresivos o tranquilizantes</p> <p><input type="checkbox"/> La insulina o otro medicamento para la diabetes</p> <p><input type="checkbox"/> La nitroglicerina</p> <p><input type="checkbox"/> Esteroides de cortisona o otros</p> <p><input type="checkbox"/> La osteoporosis (la densidad ósea) medicina</p> <p><input type="checkbox"/> Otros: _____</p> <p>¿Está utilizando algún drogas recreativas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Mujeres:</p> <p><input type="checkbox"/> Puede estar embarazada</p> <p>Fecha de entrega prevista: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Tomar hormonas o anticonceptivos</p>
--	---

Nombre de su médico: _____

¿Tiene usted alguna enfermedad, condición o problema no mencionado anteriormente? _____

Por favor, añada cualquier otra cosa que usted quisiera saber sobre: _____

Firma del paciente (o padre/tutor) _____ Fecha _____