

INFORMACION SOBRE EL PACIENTE

Nombre:

Fecha:

--	--

Dirección:

--

Ciudad, Estado, Código Postal:

Email (Correo electrónico):

--	--

Teléfono de Casa:

Teléfono Celular:

Teléfono del Trabajo:

--	--	--

Fecha de Nacimiento:

Número de Seguridad Social:

Sexo:

Estado Matrimonial:

--	--	--	--

INFORMACION DE SEGURO DENTAL

Primer Compañía de Seguro Dental: Nombre del Asegurado Fecha de Nacimiento: No. de Seg. Social:

--	--	--	--

Segunda Compañía de Seguro Dental: Nombre del Asegurado Fecha de Nacimiento: No. de Seg. Social:

--	--	--	--

Please present your Dental Insurance Card to the front desk.

INFORMACION DE SALUD MEDICA

Nombre de su Doctor Médico:

Número de Teléfono:

--	--

Anote si tiene Alergia a Alguna Medicina:

Alergia a los guantes de Hule?

--	--

Tiene o ha tenido algunas de las siguientes?

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Angina de Pecho
<input type="checkbox"/> Ataque de Corazón
<input type="checkbox"/> Fibrilación Auricular
<input type="checkbox"/> Bypass de Corazón
<input type="checkbox"/> Cirugía del Corazón
<input type="checkbox"/> Defecto de Corazón Congénito
<input type="checkbox"/> Válvula de Corazón Artificial
<input type="checkbox"/> Prolapso de Válvula Mitral
<input type="checkbox"/> Fiebre Reumática
<input type="checkbox"/> Marca Pasos del Corazón
<input type="checkbox"/> Stent Vascular del Corazón
<input type="checkbox"/> Derrame Cerebral
<input type="checkbox"/> Alta Presión Arterial
<input type="checkbox"/> Colesterol Alta
<input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Hepatitis A, B, C
<input type="checkbox"/> Artritis
<input type="checkbox"/> Cancer-Quimioterapia
<input type="checkbox"/> Terapia de Radiación
<input type="checkbox"/> Tumor
<input type="checkbox"/> Coyuntura Artificial
<input type="checkbox"/> Transplante de Órgano
<input type="checkbox"/> Problemas de Tiroides
<input type="checkbox"/> Diabetes
<input type="checkbox"/> Problemas de los Riñones
<input type="checkbox"/> Desmayos
<input type="checkbox"/> Epilepsia
<input type="checkbox"/> Convulsiones
<input type="checkbox"/> Glaucoma
<input type="checkbox"/> Enfermedad del Hígado | <input type="checkbox"/> Desorden de la Sangre
<input type="checkbox"/> Colitis
<input type="checkbox"/> Ulseras
<input type="checkbox"/> Reflujo Gástrico / Gastritis
<input type="checkbox"/> Tuberculosis
<input type="checkbox"/> VIH - el CIDA
<input type="checkbox"/> Enfermedad Venérea
<input type="checkbox"/> Problemas de Sinusitis
<input type="checkbox"/> Alergias al Polen o el heno
<input type="checkbox"/> Dolores de Cabeza / Migraña
<input type="checkbox"/> La Depresión
<input type="checkbox"/> Ansiedad / Nerviosismo
<input type="checkbox"/> ADHD/ ADD / Hiperactivo
<input type="checkbox"/> Otra condición _____ |
|--|---|---|

Conteste Solo para Mujeres:

<p>S N</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Esta tomando pildoras de Control de natalidad?</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Esta embarazada? Si sí, cuantas semanas? <input style="width: 40px;" type="text"/></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Le Esta dando de mamar a su bebe?</p>	
--	--

<p>Fuma o mastica tabaco?</p> <p>Cuantos cigarros al dia? _____</p>
<p>Altura: _____ Peso: _____</p>

Hay alguna otra enfermedad, condición, cirugía o problema médica de la que nos quiera decir?

