

INFORMACION DE PACIENTE (SOLO PARA MENOR DE EDAD O PARIENTE DEL ASEGURADO)

Nombre del paciente: _____

NOMBRE

INICIAL

APELLIDO

Fecha de nacimiento: _____ Sexo M F Edad: _____

Si el paciente es menor de edad, nombre de Padre/Madre _____

CORREO ELECTRONICO: _____

Como escucho acerca de nosotros? _____

INFORMACION DE LA PERSONA RESPONSABLE

Nombre _____ Inicial _____ Apellido _____

Numero de Seguro Social _____ Fecha de nacimiento _____

Direccion _____ Ciudad _____ Estado _____ Zona Postal _____

Telefono de casa _____ Telefono de trabajo _____

Relacion al paciente _____ Nombre de su empleador _____

Occupacion _____ Años de empleo _____

Nombre/Direccion/Telefono de pariente mas cercano _____

Razon por su visita hoy _____ Fecha de ultima visita _____ Razon de esa visita _____

Esta descontento con la apariencia de sus dientes SI NO Le sangran las encias o las siente irritadas o sensitivas SI NO

Esta usted aprensivo al tratamiento dental SI NO Tiene dientes descolorados que le molestan? SI NO

Estan sus dientes sensitivos al calor frio, o dulce? SI NO Esta siendo tratado por un medico en este momento? SI NO

Que medicamentos esta tomando en este momento? _____

Si es asi para que condicion medica _____

Nombre y Telefono de su medico _____

Si es mujer, esta embarazada SI NO Cuantos meses/semanas _____

Es usted alergico a cualquier medicamento?

Penicilina/otro antibioticos Anesthesia local Aspirina Yodo Codeina/otro narcotico Drogas de sulfa Barbituricos o Sedativos

Marque cualquiera que haya tenido o tenga en este momento:

- Enfermedad del Corazon Alta presion sanguinea Enfermedad de la sangre Fiebre reumatica
- Sonidos del Corazon irregulares Enfermedad veneral Marcador de latidos del Corazon Diabetis
- Fiebre escarlata Anemia Problema del riñones Epilepsia
- Ulceras Endicema Tuberculosis Asma
- Alergias Nerviosidad Enfermedad de la tiroide Cancer, Leucemia
- Artritis Reumatismo Medicina con Cortizona Glaucoma
- Dolor en las quijadas Sida Epatitis Emofilia

A MI MAJOR CONOCIMIENTO, TODAS LAS ANTERIORES REPUESTAS SON CIERTAS Y CORRECTAS. SE EN ALGUN MOMENTO YO TENGO ALGUN CAMBIO EN MI SALUD O ALGUN CAMBIO EN LAS MEDICINAS QUE YOU TOMO, YO LE INFORMARE A MI DENTISTA EN LA PROXIMA CITA

FIRMA DEL PACIENTE/PADRE/GUARDIAN

FIRMA DEL DOCTOR