

## Información del Paciente

Nombre		
Apellido	Primer Nombre	
Fecha de nacimiento / /	Numero Social	
Sovo: F M Nino/2 So	oltero/a Casado/a Divorciado/a C	
	Apt# Ciudad	
Estado Cá	odigo Postal Condado	
Numero de Colular ( ) - Nu	umero de casa ( )	
	Numero de licencia	
Correo electronico	Numero de licencia	
Empleador/ Escuela	Número de Teléfono ( )	
A quien agradecemos la referencia ¿		
Contacto de emergencia	Número de teléfono ( )	
	ersona que arriba no llenar, si es madre o padre responder)	
Nombre	r Nombre Parentesco del Paciente	
Apellido Primei	Nombre Parentesco del Paciente	
	Numero Social	
	oltero/a 🔲 Casado/a 🔲 Divorciado/a 🔲	
	Apt# Ciudad	
	ódigo Postal Condado	
Correo electrónico	Numero de licencia	
Información de Aseguro		
Nombre de Asegurado	// Fecha de nacimiento//	
Número de Póliza	Número de Grupo	
Nombre de Aseguro	Aseguro Teléfono ( )	
	Ciudad Estado	
Nombre De Empleador	Número de teléfono (    )	
	Historia Dental	
La razón de su visita el día de Hoy?	La última visita dental //	
Marque si tiene o ha tenido alguna de los s		
Cada cuando cepilla sus dientes? Cada cuando usa el hila dental?		
Mal aliento Sangi	rado de encillas Rechina los dientes	
	ble a frio Sensible a caliente	
Se acumula comida en sus dientes	Dientes flojos o quebrados	
Se acumula comida en sus dientes	Dientes hojos o quebrados	
	Historia Médica	
Nombre de su Doctor?	- 1 1 1 1 1	
Esta bajo la supervisión de algún medico? ( SI por favor explique la razón )		
The says is supervision as alguminosiss. ( or por laror explique la lazon )		

Ha tomado alguna vez el medicamento Phen-Fen o Redux? (SI por favor explique la razón)

Ha estado hospitalizad	lo o tenido alguna cirugía? ( SI por favo	r explique la razón )
Ha tenido una alguna	lesión en su cuello o cabeza? ( SI por fa	vor explique la razón )
_	medicamento Fosamax , Boniva , Acto favor explique la razón )	nel o cualquier medicamento que contenga
Aspirina Acrílico Si está tomando algún	Es alérgico alguno de los Penicilina Codeína Metal Anestes medicamento, indíquelos:	a Látex
Si padece o padeció al	guna de las siguientes condiciones solo	marque:
Anemia Alta Presion Diabetes Osteoporosis Cancer Ulceras Bucales Epilepsia Tos frequente Glucoma Hepatitis A Cholesterol Leucemia Osteoporosis Sinusites Ulceras Embolia	Coyunturas artificiales  Valvula artificial del corazon  Herpes  Enfermedad en la sangre  Chemoterapia  Convulsiones  Enfisema  Diarrhea frequente  Murmullo en el corazon  Hepatitis B/C  Hipoglucemia  Precion Baja  Problemas del higado  Problemas repiratorios  Prolapso de Valvula Mitral  Artritis reumática	Artritis  Asma  Sida o HIV  Trandficion de sangre  Dolor en el pecho  Desmayos  Sangrado exesivo  Dolor de cabeza frequente  Problemas del corazon  Marcapazos  Hemofilia  Problemas del rinon  Tiroides  Problems del pulmon  Dyalisis  Problemas en el estomago
Tuberculosis	Tratamiento de radiación	Espina bífida
Anginas	Enfermedades venéreas	Fiebre escarlata
Fuma tabaco	Pies o tobillos hinchados	Embarazada (mujeres)
Certifico que la info	· -	eal saber y entender, completa, verídica y de informar al doctor en caso de un cambio
Firma del paciente o T	utor Legal	// Fecha