logo2.TIF

**Informacion del Paciente**

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Sex: F/M Fecha de Nacimiento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ SS#: \_\_\_\_\_\_

No.De Telefono: (\_\_\_\_)\_\_\_\_-\_\_\_\_\_\_ Segundo No De Telefono: (\_\_\_\_)\_\_\_\_-\_\_\_\_\_\_ Correo Electronico:

Direccion: \_\_Ciudad y Estado: \_\_\_\_\_\_\_Codigo Postal:\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_

Nombre y No. de Telefono en caso de una emergencia: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Responsabilidad Financiera**

Nombre:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ SSN: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Direccion:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ciudad y Estado \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Codigo Postal: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

No. De Telefono(\_\_\_\_) \_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_\_ Segundo No. (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_\_ Correo Electronico:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Relaccion al Paciente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Empleador: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre de Aseguranza: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ No. De Miembro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ No de Grupo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

No. de Telefono de Aseguranza: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Historial Medico**

Ha habido cambios en su salud durante el ultimo ano?........................................................................................... Si No

Se encuentra actualmente bajo tratamiento medico? ………………………………………………………………………………… Si No

*Explique?* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha de su ultimo examen Medico:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha de su ultima cita dental:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ha tenido problemas con algun tratamiento dental en el pasado?........................................................................ Si No

*Explique*:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tiene algun dolor ahora?......................................................................................................................................... Si No

Tiene algun **ALERGIA**?............................................................................................................................................. Si No

*Lista de alergias*:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Mujeres solamente:** Esta o podria estar embarazada o dando pecho?.................................................................. Si No

**Tiene o ah tenido lo siguiente:**

* Infarto/Defectos en el corazon
* Soplos en el Corazon
* Fiebre Reumatica
* Presion sanguine alta
* Apoplejia, endurecimiento de las arterias
* Asma,TB,enfisema, otras enfermedades pulmunares
* Sida
* Tumores/cancer
* Hepatitis, otras enfermedades del higado
* Problemas de estomago, ulceras
* Diabetes
* Articulacion artificial
* Artritis
* Tiroides o glandulas suprarrenales
* Enfermedades de los ojos
* Enfermedades de la piel
* Anemia
* Sifilis,gonorrhea,herpes
* Marcapasos
* Enfermedades renales,vejia
* Cirugia
* Otra

Condicion:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tiene o ha tenido alguna otra enfermedad o problema medico que NO esta en estecuestionario………………… Si No

Explique:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Esta tomando:**

Tabaco de cualquier tipo?.............................................. Si No Drogas de uso recreativo?........................ Si No

Remedios, medicamentos sin receta (inc aspirina)?...... Si No Alcohol?................................................... Si No

*Liste medicamentos:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

**Como supo de nosotros?**

Letrero :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Amigo/paciente:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Empleado/Representante:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Aseguranza:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Poster:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Escuela:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Otro?:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

He respondido todas las preguntas completes y correctamente a lo major de mi conocimiento. Informare a mi dentist si hay algun cambio en mi salud y/o en los medicamentos que tomo.

Firma de guardian o paciente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_