

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre del Paciente: Apellido			Primero	Segundo nombre	Fecha:
Dirección de envío:					
Ciudad		Estado		Codigo postal:	Email:
Teléfono de Casa:		Teléfono Celular:		Teléfono del Trabajo:	
Fecha de Nacimiento:	Numero de Seguridad Social:		Sexo: M	F	Estado Matrimonial:
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	S, C, D, V
A quién podemos agradecerle por referirte?					

INFORMACIÓN DE CONTACTO DE EMERGENCIA (Requerido por la ley)

Persona para contacto en caso de Emergencia: Apellido			Primero	Segundo nombre	Relación al paciente:
Dirección de envío:					
City, State, Zip:				Email:	
Home Phone:		Cell Phone:		Work Phone:	

INFORMACIÓN DE ASEGURANZA

Nombre Completo de la persona con la Poliza: Apellido			Primero	Segundo Nombre	Relación al Paciente:
Dirección de envío:				Teléfono:	
Ciudad, Estado, Codigo postal:				Numero de Seguridad Social:	
Compania de Asegurancia Dental:	Nombre del Empleador:		Fecha de Nacimiento	Numero del Miembro:	
			m/yy		

¿Tienes seguro dental secundario?: Si No

Por favor presente su Tarjeta de Asegurancia Dental a la recepción.

INFORMACIÓN DE SALUD

Nombre de su Doctor Médico:	Número de Teléfono:
Anote si tiene Alergia A Alguna Medicina:	Alergia a los guantes de Hule? S N

¿Alguna vez ha tenido alguna de las siguientes condiciones?:

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

Conteste Solo Para Mujeres:

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

Fuma o mastica tabaco? S N
Cuantos cigarros al dia? _____
Altura: _____ Peso: _____

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

****Por favor anote TODAS las Medicinas, Suplementos y Vitaminas que está tomando.****

Nombre de la Medicina:	Cantidad y Frecuencia