

# INFORMACION DEL PACIENTE

## INFORMACION DEL PACIENTE - FAVOR DE USAR LETRA DE MOLDE

ALGUN MIEMBRO DE SU FAMILIA ASISTE A ESTA OFICINA? Favor de indicar

### COMO SUPO DE ESTA OFICINA?

LIBRO TELEFONICO ☐ PENNYSAVER ☐ EMPLEADOR ☐  
AMIGO ☐ ASEGURANZA ☐

CASADO ☐  
SOLTERO ☐  
DIVORCIADO ☐  
VIUDO ☐  
NINO ☐

APELLIDO PRIMER NOMBRE SEGUNDO NOMBRE

DIRECCION

CIUDAD ZONA POSTAL

TELEFONO DE CASA TELEFONO DE TRABAJO

FECHA DE NACIMIENTO EDAD M ☐ F ☐

SEGURO SOCIAL DEL PACIENTE LICENCIA DE MANEJO

OCCUPACION NOMBRE DE COMPANIA DONDE TRABAJO

DIRECCION DE EMPLEO

### RELACION CON EL ASEGURADO

PADRE ☐ GUARDIAN LEGAL ☐ ESPOSO ☐ OTRO \_\_\_\_\_

PERSONA PARA NOTIFICAR EN CASO DE EMERGENCIA \_\_\_\_\_

TELEFONO \_\_\_\_\_

### INFORMACION DE SALUD

NOMBRE DEL DOCTOR MEDICO TELEFONO NUMERO DE FAX

- Esta bajo cuidado medico si ☐ no ☐
- Es alergico a penicilina, codina, anestesia local, tranquilisantes o alguna otra medicina? si ☐ no ☐
- Esta tomando alguna medicina ahora? si ☐ no ☐
- (Mujeres) Estan embarazadas ahorita? si ☐ no ☐
- Esta tomando o ah tomado alguna medicina del dieta incluyendo Redux, phen Phen etc.? si ☐ no ☐

si si favor de especificar \_\_\_\_\_

si esta embarazada quantos meses tiene? si ☐ no ☐

Si esta favor de especificar \_\_\_\_\_

### 6. Favor de marcar si o no si tiene o a tenido estas condiciones:

SIDA	SI NO	LLAGAS	SI NO	SOPLO CARDIACO	SI NO	CANCER	SI NO	EMBOLIO	SI NO	OTRO
ALLERGIAS	SI NO	DIABETIS	SI NO	ATAQUE AL CORAZO	SI NO	GLAUCOMA	SI NO	ICTERICIA	SI NO	ESPECIFICA
ANEMIA	SI NO	MAREOS	SI NO	PROBLEMAS DEL HIGADO	SI NO	HIV	SI NO	TUBERCULOSIS	SI NO	
ANGINAS	SI NO	EMPHYSEMA	SI NO	TRANSPLANTE DE ORGANOS	SI NO	FUEGOS	SI NO	PROBLEMAS	SI NO	
ARTHRITIS	SI NO	EPILEPCIA	SI NO	HERPES	SI NO	MVP	SI NO	CORAZON		
ALTA PRESION	SI NO	DESMAYOS	SI NO	ENFERMEDAD VENEREA	SI NO	FIEBRE REUMATICA	SI NO	ALLERGICA	SI NO	
ASMA	SI NO	PROBLEMA CARDIACO	SI NO	BAJA PRESION	SI NO	SINUSITIS	SI NO	LATEX		
PROBLEMAS PULMONARES	SI NO	HUESOS ARTIFICIALES	SI NO	ENFERMEDAD DEL RINON	SI NO	PROBLEMAS TIROIDE	SI NO	HEPATITIS TIPO A B C	SI NO	

### INFORMACION DENTAL

- Motivo de su visita hoy? Examen Limpieza Dolor de dientes Other \_\_\_\_\_
- Quando fue la ultima vez que visito al dentista? \_\_\_\_\_
- 3 Que tratamiento le hicieron? \_\_\_\_\_
- Le terminaron el tratamiento? \_\_\_\_\_
5. Le hicieron limpieza? \_\_\_\_\_
6. Ultima vez que le tomaron radiografias? \_\_\_\_\_
- Alguna ves al sangrar se le a prolongado? SI ☐ NO ☐
8. A tenido problemas dentales anteriormente? SI ☐ NO ☐
9. Le sangran las encias facilmente? SI ☐ NO ☐
10. Tiene mal aliento NO ☐ SI ☐
11. Siente sencibilidad con lo frio o caliente? SI ☐ NO ☐

E llenado este cuestionario de salud y e informado de todos mis problemas medicos de los cual estoy consiente.

FIRMA DEL PACIENTE O PERSONA RESPONSABLE

FECHA

FIRMA DEL DENTISTA

FECHA

## INFORMACION DE ASEGURANZA DENTAL

FAVOR DE MARCAR

FECHA DE NACIMIENTO DE PERSONA ASEGURADA M ☐

NOMBRE DEL TRABAJADOR mes/dia/ano F ☐

APELLIDO PRIMER NOMBRE SEGUNDO NOMBRE

# de seguro social del asegurado nombre de compania de trabajo

# de licencia del asegurado telefono del la compania fecha de inicio de trabajo

direccion de compania ciudad estado zona postal

NOMBRE DE ASEGURANZA # DE PLAN/GRUPO \_\_\_\_\_

POLISA / # IDENTIFICACION O NUMERO DE MEDICAL

### INFORMACION DE SEGUNDA ASEGURANZA

favor marque

FECHA DE NACIMIENTO DE PERSONA ASEGURADA M ☐

NOMBRE DEL TRABAJADOR MO/DAY/YEAR F ☐

APELLIDO PRIMER NOMBRE SEGUNDO NOMBRE

# de seguro social del asegurado NC NOMBRE DE COMPANIA DE TRABAJO

# del licencia del asegurado telefono de la compania fecha de inicio de trabajo

direccion de compania ciudad estado zona postal

NOMBRE DE ASEGURANZA # DE PLAN/GRUPO \_\_\_\_\_

POLISA / # IDENTIFICACION O NUMERO DE MEDICAL