

Bienvenidos

Por favor llene las dos hojas al frente y atrás completamente para que podamos saber de usted, y que podamos cuidar de su salud

SOBRE USTED

1

Fecha de hoy _____

de seguro social _____

de Lic _____

Nombre _____
Apellido Primer Segundo

Direccion _____
Nombre de Calle Numero de Unidad

Ciudad Estado Codigo Postal

Fecha de nacimiento: _____

Hombre Mujer

Referida de: _____

Ocupacion: _____

Trabajador: _____

Direccion de Trabajo: _____

Tel. Casa: _____

Tel. Trabajo: _____

Pager/Cellular: _____

Mejor tiempo que podemos localizarlo _____

ESPOSO/GUARDIAN

2

de seguro social _____

de Lic. _____

Nombre: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Ocupacion: _____

Trabajador: _____

ASEGURANZA

3

Compania _____

De Grupo _____

Tel de Compania _____

Nombre del asegurado _____

Relacion _____

de seguro social de persona asegurada _____

Fecha de nacimiento del asegurado _____

Empleador del asegurado _____

Tel de empleador _____

Direccion de empleador _____

ASEGURANZA

4

Compania _____

De Grupo _____

Tel de Compania _____

Nombre del asegurado _____

Relacion _____

de seguro social de persona asegurada _____

Fecha de nacimiento del asegurado _____

Empleador del asegurado _____

Tel de empleador _____

Direccion del empleador _____

HISTORIA MEDICA

Su salud fisica esta

Bien Estable Mal

Esta usted bajo cuidado de un doctor _____

Nombre del doctor _____

tel. del doctor _____

Usted fuma o usa tabaco? si no

Esta tomando medicamentos? si no

si toma liste los nombres de medicamentos

Para Mujeres

Esta tomando pastillas anticonceptivas

si no

Esta usted embarazada si no

de semanas _____

Usted ha tenido algo de lo siguiente?

Marque todo lo que aplique.

- | | |
|--|--|
| si no | si no |
| <input type="checkbox"/> Anemia/Terapia | <input type="checkbox"/> Operacion de corazon |
| <input type="checkbox"/> Huesos artificiales/Coyuntura | <input type="checkbox"/> Sangramiento de nariz |
| <input type="checkbox"/> Valbulas Artificiales | <input type="checkbox"/> Hepatitis |
| <input type="checkbox"/> Asma/Artritis | <input type="checkbox"/> Alta/baja presion en la sangre |
| <input type="checkbox"/> Tranfucion de Sangre | <input type="checkbox"/> HIV + Sida |
| <input type="checkbox"/> Cancer-Quimoterapia | <input type="checkbox"/> Hospitalizado por cualquier razon |
| <input type="checkbox"/> Conjesiones de Corazon | <input type="checkbox"/> Diabeticos |
| <input type="checkbox"/> Diabetes/Tuberculosis (TB) | <input type="checkbox"/> Problemas siquiaticos |
| <input type="checkbox"/> Dificultades respiratorias | <input type="checkbox"/> Reumas/dolor de cabeza |
| <input type="checkbox"/> Drogas/Abuso Alcolico | <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza frecuentemente |
| <input type="checkbox"/> Enfisama/Glausoma | <input type="checkbox"/> Salpulido en la piel |
| <input type="checkbox"/> Epilepia | <input type="checkbox"/> Mas problemas con la nariz |
| <input type="checkbox"/> Ataques de corazon | <input type="checkbox"/> Mal dijasiones en el estomago |
| <input type="checkbox"/> Marcapusos | <input type="checkbox"/> Sangramiento al horinar |
| | <input type="checkbox"/> Dieta (phen-phen) |

Porfavor liste cualquier condicion medica que usted halga tenido: _____

Usted es alergico a algunos de los siguientes

- | | |
|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Aspirinas | <input type="checkbox"/> Penicilina |
| <input type="checkbox"/> Codeina | <input type="checkbox"/> Tetacyclina |
| <input type="checkbox"/> Anestesia dental | <input type="checkbox"/> Latex |
| <input type="checkbox"/> Erythromycina | <input type="checkbox"/> Otras |

Porfavor liste cualquier otra droga que usted sea alergico

HISTORIA DENTAL

Fecha de ultima cita _____

Porque nos vino a visitar hoy? _____

su salud dental se encuentra

Bien Estable Mal

Tiene dolor constantemente si no

Alguna vez a tenido una dificultad o problema seria asociado con un trabajo dental? si no

Ha tenido alguna vez tratamiento _____

Usted ha tenido una experiencia de dolor/incomodidad en sus coyonturas (TN/TMD)

si no

Le gusta su sonrisa si no

Han sangrado sus encias alguna vez?

si no

Cuantas veces a la semana _____

Cuantas veces al dia usted se sepilla los dientes? _____

Que tipo de sepillo de dientes usa?

duro mediano suave

Sus dientes son sencibles al calor, frio, otras cosas? _____

Comentarios del doctor

Yo entiendo que esta informacion es correcta hasta donde yo mas se. Yo tambien entiendo que esta informacion va a estar en estricta confianza y es mi rpsponsabilidad informar a esta oficina de cualquier cambio que tenga de mi salud medica.

Yo entiendo que yo soy responsable de pagar de los servicios rendidos y tambien responsable de pager las deducciones de mi aseguranza que la compania no cubra.

X _____

En caso de emergencia, notificar a

Nombre _____ Relacion _____ Tel de Casa _____ Tel de trabajo _____

Ultimo Reportaje Medico

fecha _____ Comentarios _____ firma _____

fecha _____ Comentraios _____ firma _____