



Registro del paciente

| | | |
|-------------------------|-----------------|-----------------------------|
| Nombre _____ | Apellido: _____ | Medio Nombre Inicial: _____ |
| Nombre preferido: _____ | | |

| |
|--|
| Personas responsables por los menore: |
| Primer Nombre: _____ Apellido: _____ |
| Relación con o la paciente: _____ |
| Numero Telefonico: () _____ -- _____ |

| |
|--|
| Información del Paciente |
| Nombre _____ Apellido: _____ |
| Dirección: _____ |
| Ciudad _____, estado _____, código postal _____ |
| Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____ |
| Número de Seguro social #: _____ |
| Numero de licencia de conducir: _____ |
| Correo electrónico: ¿ _____ |
| <i>le gustaría recibir correspondencia por correo electrónico? (Si o No)</i> |
| Teléfono de casa: () _____ -- _____ Celular: () _____ -- _____ |
| Teléfono de trabajo: () _____ -- _____ |

| |
|--|
| Sexo: (hombre) o (Mujer) <input type="checkbox"/> Estado: <input type="checkbox"/> soltero <input type="checkbox"/> casado <input type="checkbox"/> divorciado <input type="checkbox"/> |
| Empleo Estado: <input type="checkbox"/> FullTime <input type="checkbox"/> ParteTime <input type="checkbox"/> Retirado <input type="checkbox"/> Desempleados |

Contacto de Emergencia: _____

Número De Teléfono: _____

Estado del Estudiante: tiempo completo tiempo parcial ninguno



Información del seguro primario:

Nombre del asegurado: _____ relación con Paciente: _____
Numero Seguro social: _____ Numero De Miembro: _____
Fecha de Nacimiento: _____ Numero De Grupo: _____
Empleador: _____ Nombre De Seguros o Aseguración: _____
Dirección: _____
Ciudad _____, Estado _____, código postal _____
Numero de Aseguración: () _____ -- _____

Información del seguro Secundario:

Nombre del asegurado: _____ relación con Paciente: _____
Numero Seguro social: _____ Numero De Miembro: _____
Fecha de Nacimiento: _____ Numero De Grupo: _____
Empleador: _____ Nombre De Seguros o Aseguración: _____
Dirección: _____
Ciudad _____, Estado _____, código postal _____
Numero de Aseguración: () _____ -- _____

¿Es alérgico a alguno de los siguientes? (Por favor circule sí o no):

Aspirina: (Si) o (No) penicilina: (Si) o (No) Codeína: (Si) o (No) Local Anestésico: (Si) o (No) Acrílico: (Si) o (No) Metal: (Si) o (No)

Por favor mencione otras Alergias que pueda tener que no haiga mencionado anteriormente:

| |
|--|
| |
| |



Historial médico

¿Estás bajo cuidado médico? (Si) o (No)

¿Quién es su médico de atención primaria? _____

¿Alguna vez ha sido hospitalizada o ha tenido una operación importante? (Si) o (No)

¿Estás tomando medicamentos, píldoras o drogas? (Si) o (No)

En caso afirmativo, ¿cuáles son los medicamentos, las píldoras o las drogas recreativas que estás tomando en este momento?

¿Tomas, o has tomado Phen-fen o Reduz? (Si) o (No)

¿Estás en una dieta especial? (Si) o (No)

¿Utilizas tabaco? (Si) o (No)

¿Alguna vez has tomado Fosamax, Boniva, Actonel, o cualquier otro medicamento que contenga bifosfonatos? (Si) o (No)

Por favor, nombre todos los medicamentos que está tomando actualmente que el médico debe tener en cuenta?

Las mujeres:

¿Está embarazada/tratando de quedar embarazada? (Si) o (No) Tomar anticonceptivos orales? (Si) o (No) Enfermería? (Si) o (No)

Do you have, or have you had, any of the following? (✓ those that apply)

- | | | | |
|--|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Anaphylaxis | <input type="checkbox"/> Drug Addiction | <input type="checkbox"/> Hepatitis B or C | <input type="checkbox"/> Renal Disease |
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Easily Winded | <input type="checkbox"/> Herpes | <input type="checkbox"/> Rheumatic Fever |
| <input type="checkbox"/> Angina | <input type="checkbox"/> Emphysema | <input type="checkbox"/> High Blood Pressure | <input type="checkbox"/> Scarlet Fever |
| <input type="checkbox"/> Arthritis/ Gout | <input type="checkbox"/> Epilepsy/Seizures | <input type="checkbox"/> Hives/ Rash | <input type="checkbox"/> Shingles |
| <input type="checkbox"/> Artificial Joint | <input type="checkbox"/> Excessive Thirst | <input type="checkbox"/> Hypoglycemia | <input type="checkbox"/> Sickle Cell Disease |
| <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> Fainting/Dizziness | <input type="checkbox"/> Irregular Heartbeat | <input type="checkbox"/> Sinus Trouble |
| <input type="checkbox"/> Blood Disease | <input type="checkbox"/> Frequent Cough | <input type="checkbox"/> Kidney Problems | <input type="checkbox"/> Spina Bifida |
| <input type="checkbox"/> Blood Transfusion | <input type="checkbox"/> Frequent Diarrhea | <input type="checkbox"/> Leukemia | <input type="checkbox"/> Stomach Disease |
| <input type="checkbox"/> Breathing Problem | <input type="checkbox"/> Frequent Headaches | <input type="checkbox"/> Liver Disease | <input type="checkbox"/> Stroke |
| <input type="checkbox"/> Bruise Easily | <input type="checkbox"/> Genital Herpes | <input type="checkbox"/> Low Blood Pressure | <input type="checkbox"/> Swelling of Limbs |
| <input type="checkbox"/> Cancer | <input type="checkbox"/> Glaucoma | <input type="checkbox"/> Lung Disease | <input type="checkbox"/> Thyroid Disease |
| <input type="checkbox"/> Chemotherapy | <input type="checkbox"/> Hay Fever | <input type="checkbox"/> Mitral Valve Prolapse | <input type="checkbox"/> Tonsilitis |
| <input type="checkbox"/> Chest Pain | <input type="checkbox"/> Heart Attack/Failure | <input type="checkbox"/> Osteoporosis | <input type="checkbox"/> Tumors/Growths |
| <input type="checkbox"/> Cold Sores | <input type="checkbox"/> Heart Murmur | <input type="checkbox"/> Pain in Jaw Joints | <input type="checkbox"/> Convulsions |

¿Comentarios/preguntas? ¿Hay algo que no figure en este formulario que sientas que necesitamos saber?

¿Tiene alguna otra enfermedad grave no mencionada anteriormente (Si) o (No)

A mi mejor conocimiento, las preguntas de este formulario han sido contestadas con precisión. Entiendo que proporcionar información incorrecta puede ser peligroso para mi (o el paciente) salud. Es mi responsabilidad informar al consultorio dental de cualquier cambio en el estado médico.

Firma del Paciente _____

Fecha _____