



¡Gracias por escoger nuestra oficina!

Para poder servirles mejor necesitamos la siguiente información. Esta información es confidencial.

Información del paciente

Nombre Completo Del Paciente _____ Fecha de Nacimiento: _____

Género: Hombre/Mujer Número de SS _____ Estado Civil: _____

Nombre de Padre/Madre/Tutor: _____

Dirección _____ Apt _____ Ciudad _____ Estado _____ Postal _____

Número de Teléfono _____ Número de Celular _____

A quien debemos de notificar nosotros, Que no sea cónyuge, en caso de emergencia?

Nombre _____ Relación _____ Tel _____

Nombre _____ Relación _____ Tel _____

¿Cómo se enteró de nuestra oficina? _____

Información Sobre el Pago: Todos los servicios deben ser pagados en efectivo, o tarjeta de crédito, ya que cada servicio se proporciona.. Los pacientes con seguro o otra cobertura deben completar toda la información requerida

Persona Responsable: _____ Seguro Social: _____

Relación del paciente: Sólo __ Cónyuge __ Hijo __ Fecha de nacimiento: _____

Compañía de Seguros _____ # De Grupo: _____

De Poliza: _____ Empleador: _____

Dirección _____ Número de Aseguración: _____

Condiciones Medicas

Tiene alguna condición médica? SI ____ NO ____

__ ENFERMEDAD DEL CORAZÓN

__ GLUCOMIA

__ ADHD

__ CANCER

__ ASTHMA

__ BIPOLARIDAD



THRIVE

DENTAL & ORTHODONTICS

- | | | |
|---|--|--------------------------------------|
| ☐ ALTA PRESIÓN SANGUÍNEA | ☐ FIEBRE REUMÁTICA | ☐ TIROIDES |
| ☐ NERVIOSIDAD | ☐ ANEMIA | ☐ CHOLESTEROL |
| ☐ EMPHYSEMA | ☐ SOPLO DEL CORAZÓN | ☐ DEPRESIÓN |
| ☐ ARTRITIS | ☐ HEMOPHILIA | |
| ☐ DIABETES | ☐ PROBLEMAS EN EL RIÑÓN | |
| ☐ HIV+ | ☐ TUBERCULOSIS | |
| ☐ EPILEPSIA | ☐ ENFERMEDAD DE LA SANGRE | |

Está tomando medicamentos? _____

¿Tiene alguna condición alérgica a algún medicamento? SI ___ NO ___

- | | | |
|---|---|---|
| ☐ ANESTHESIA LOCAL | ☐ ANESTHESIA GENERAL | ☐ AMOXICILINA |
| ☐ CODEINA | ☐ PENICILINA | ☐ ACETAMINOPHEN |
| ☐ DROGAS CON SULFA | ☐ AMPHETAMINE | ☐ IBUPROFEN |
| ☐ ASPIRINA | ☐ LÁTEX | ☐ OTROS NARCÓTICOS |

(Si en algún momento yo tengo algún cambio en mi salud o algún cambio en las medicinas que tomo, yo le informare a mi dentista en mi siguiente cita)

Firma _____ **Fecha** _____