



Gracias por escoger nuestra oficina!

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

Informacion del paciente

Nombre Completo De Paciente _____ Fecha de Nacimiento: _____

Genero: Hombre/Mujer Numero de SS _____ Estado Civil: _____

Nombre de Padre/Madre/Tutor: _____

Direccion _____ Ciudad _____ Estado _____ Postal _____

Numero de Telefono _____ Numero de Celular _____

A Quien debemos de notificar nosotros, Que no sea conyuge, en caso de emergencia?

Nombre _____ Relacion _____ Tel _____

Nombre _____ Relacion _____ Tel _____

Como se entero de nuestra oficina? _____

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

Persona Responsable: _____ Seguro Social: _____

Relacion del paciente: Solo ____ Conyuge ____ Hijo ____ Fecha de nacimiento: _____

Compania de Seguros _____ # De Grupo: _____

De Polica: _____ Empleador: _____

Direccion _____ Numero de Azeguranza: _____



Condiciones Medicas

Tiene alguna condicion medica? SI ___ NO ___

- | | | |
|---|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ENFERMEDAD DEL CORAZON | <input type="checkbox"/> GLUCOMIA | <input type="checkbox"/> ADHD |
| <input type="checkbox"/> CANCER | <input type="checkbox"/> ASTHMA | <input type="checkbox"/> BIPOLARIDAD |
| <input type="checkbox"/> ALTA PRESION SANGINIA | <input type="checkbox"/> FIEBRE REUMATICA | <input type="checkbox"/> TIROIDES |
| <input type="checkbox"/> NERVIOSIDAD | <input type="checkbox"/> ANEMIA | <input type="checkbox"/> CHOLESTEROL |
| <input type="checkbox"/> EMPHYSEMA | <input type="checkbox"/> SOPLO DEL CORAZON | <input type="checkbox"/> DEPRESION |
| <input type="checkbox"/> ARTRITIS | <input type="checkbox"/> HEMOPHILIA | |
| <input type="checkbox"/> DIABETES | <input type="checkbox"/> PROBLEMAS EN RINON | |
| <input type="checkbox"/> HIV+ | <input type="checkbox"/> TUBERCULOSIS | |
| <input type="checkbox"/> EPILEPSIA | <input type="checkbox"/> ENFERMEDAD DE LA SANGRE | |

Esta tomado medicamentos? _____

Tiene Alguna condicion alergica a algun medicamento? SI ___ NO ___

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> ANESTHESIA LOCAL | <input type="checkbox"/> ANESTHESIA GENERAL | <input type="checkbox"/> AMOXICILINA |
| <input type="checkbox"/> CODEINA | <input type="checkbox"/> PENICILINA | <input type="checkbox"/> ACETAMINOPHEN |
| <input type="checkbox"/> DROGAS CON SULFA | <input type="checkbox"/> AMPHETAMINA | <input type="checkbox"/> IBUPROPHEN |
| <input type="checkbox"/> ASPIRINA | <input type="checkbox"/> LATEX | <input type="checkbox"/> OTROS NARCOTICOS |

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

Firma _____ Fecha _____