



## 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: \_\_\_\_\_

Compañia de Seguros \_\_\_\_\_ # De Grupo: \_\_\_\_\_

# De Polica: \_\_\_\_\_ Empleador: \_\_\_\_\_

Direccion \_\_\_\_\_ Numero de Azeguranza: \_\_\_\_\_



### Condiciones Medicas

**Tiene alguna condicion medica?** SI \_\_\_ NO \_\_\_

- |                            |                             |                 |
|----------------------------|-----------------------------|-----------------|
| ___ ENFERMEDAD DEL CORAZON | ___ GLUCOMIA                | ___ ADHD        |
| ___ CANCER                 | ___ ASTHMA                  | ___ BIPOLARIDAD |
| ___ ALTA PRESION SANGINIA  | ___ FIEBRE REUMATICA        | ___ TIROIDES    |
| ___ NERVIOSIDAD            | ___ ANEMIA                  | ___ CHOLESTEROL |
| ___ EMPHYSEMA              | ___ SOPLO DEL CORAZON       | ___ DEPRESION   |
| ___ ARTRITIS               | ___ HEMOPHILIA              |                 |
| ___ DIABETES               | ___ PROBLEMAS EN EN RINON   |                 |
| ___ HIV+                   | ___ TUBERCULOSIS            |                 |
| ___ EPILEPSIA              | ___ ENFERMEDAD DE LA SANGRE |                 |

Esta tomado medicamentos? \_\_\_\_\_

**Tiene Alguna condicion alergica a algun medicamento?** SI \_\_\_ NO \_\_\_

- |                      |                        |                      |
|----------------------|------------------------|----------------------|
| ___ ANESTHESIA LOCAL | ___ ANESTHESIA GENERAL | ___ AMOXICILINA      |
| ___ CODEINA          | ___ PENICILINA         | ___ ACETAMINOPHEN    |
| ___ DROGAS CON SULFA | ___ AMPHETAMINA        | ___ IBUPROPHEN       |
| ___ ASPIRINA         | ___ LATEX              | ___ 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** \_\_\_\_\_