PATIENT FORM

Apellido del Paciente | Nombre | Tricia | Fecha de Nacimiento | No. de S.S. del Paciente

Domicilio | Ciudad | Estado | C.P. | Telefono

Parte Responsable o Guardian | Telefono | Email | No. de Licencia | No. de S.S.

Employment | Posicion | Telefono de negocio

Nearest Relative not living with you | Domicilio | Telefono | Relationship

Aseguranza Dental No. 1	No. de Grupo	Nobre de Compafiia	Duefio de poliza	No. de S.S.
Aseguranza Dental No. 1	No. de Grupo	Nobre de Compafiia	Duefio de poliza	No. de S.S.

Doy conocimiento que la informacion es correcta. Voy a informar la oficina con cualquier cambio que pueda ocurrir en el curso del tratamiento.

Autorizo la liberacion de cualquier informacion necesaria para procesar el reclamo dental y por el presente autorizo la divulgacion de cualquier informacion necesaria para procesar reclamaciones dentales y autorizo el pago directamente a la siguiente llarnada Dentista Beneficios del Seguro de que mi seguro pague.

Firma (Paciente o Padre de Paciente) Fecha

Firma (Persona asegurada) Fecha

Referred by: _____

Amigo Dentista Paginas Amari lias Otro Estatus Marital Fecha de Ultimo examen dentai/Limpieza

Nombre de Dentista General _____

Si	No	Alguna vez a tenido alguno de los siguientes:
O	O	Hepatitis
O	O	Enfermedad del Higado
O	O	Convulsiones Epilepticas
O	O	Convulsiones
O	O	Fiebre Reumatica
O	O	Rifton
O	O	Enfermedad de la Vejiga
O	O	Diabetes
O	O	Tuberculosis
O	O	Efisema
O	O	Asma
O	O	Falta de Respiracion
O	O	Tobillos Hinchados
O	O	Problemas Cardiacos
O	O	Presion Arterial alta
O	O	Apoplejia
O	O	Problemas de Tiroides
O	O	Tratamiento Psiquiatrico
O	O	Artritis
O	O	Reumatismo
O	O	Enfermedades Venereas
O	O	Glaucoma
O	O	Qimoterapia
O	O	Sinusitis
O	O	Alergias
O	O	Problemas a Nacer
O	O	Soplo Cardiaco
O	O	Anemia
O	O	Sangrado Excesivo/Hemofilia
O	O	Transfusion de Sangre
O	O	Sida o VIH positivo
O	O	Cancer
O	O	Labio/Paladar Leporino
O	O	Problema de Habla
O	O	Problema Auditivos
O	O	Problemas de la Vista
O	O	Anginas/Problemas de Garganta
O	O	Febril/Herpes Labial

Si	No	Si eres mujer estas?
O	O	Embarazada
O	O	Tomando pildoras anticonceptivas
O	O	Tomando Medicamento Hormonal

Actua lmente esta tomando o ha sido recetado Bifosfonatos orates ointravenosos para osteoporosis, osteopen ia, o otros usos como: Fosamax, Actonel, Boniva, Reclast, Skelid, Didronel, o Bonefos?

O O Por cuanto tiempo?_____

O O Si la respuesta es si para que y fecha de la ultima cita?

O O Alguna vez le han indicado que es alergico a un medicamento? si la respuesta fue si a cualquiera de las dos a cual medicamento?

_____

_____

O O Alguna vez a tenido problemas de sangrado?

O O A tenido problemas con una extraccion? Si la respuesta es si, favor de explicar.

_____

_____

O O En la actualidad esta ud tomando algun medicamento o droga? Si la respuesta es si, favor de apuntar.

_____

_____

_____

Si	No	
O	O	Tienes dolor o dificultad para abrir ancho?
O	O	Tiene estallidos o haciendo clic en las articulaciones de la mandibula?
O	O	Tiene dolores de cabeza o migrafias?
O	O	Te rechina o aprieta los dientes?
O	O	Estas tomando medicamentos para el dolor ni medicamentos de migrafia?

Cual es la razon principal que lo trae a nuestra oficina?

_____

_____

Favor de agregar cualquier cosa a acerca de su historial medico/dental que crea importante:

_____

_____

Firma de Doctor Fecha