

Beautiful Lake Ridge Smiles

Chart #: _____
PARA USO OFICIAL

Información del Paciente

Nombre: _____ Fecha: _____
Apellido Nombre Inicial
Sexo: Masculino Femenino Casado(a) Soltero(a) Menor Otro _____
Seguro Social #: _____ Fecha de Nacimiento: _____
Teléfono (Casa): _____ (Oficina): _____ Extension: _____ Mejor hora para llamar: _____
Ocupación: _____ Correo Electronico(E-Mail) _____
Dirección: _____
Calle Apartamento #
Ciudad Estado Zona Postal

Información Médica

Fecha de su última visita dental: _____ Razón de esta visita: _____

Ha padecido de alguno de las siguientes condiciones? Marque con una 4las que apliquen:

- | | | | |
|--|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> SIDA | <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Ictericia | <input type="checkbox"/> Sinusitis |
| <input type="checkbox"/> Alergia a la codina | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Enfermedad renal | <input type="checkbox"/> Problemas estomacales |
| <input type="checkbox"/> Alergia a la penicilina | <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Enfermedad al hígado | <input type="checkbox"/> Derrame |
| <input type="checkbox"/> Alergia a otras medicinas _____ | <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Enfermedad mental | <input type="checkbox"/> Tuberculosis |
| <input type="checkbox"/> Enfermedades sanguíneas _____ | <input type="checkbox"/> Enfermedades sanguíneas | <input type="checkbox"/> Enfermedad nerviosa | <input type="checkbox"/> Ulceras |
| <input type="checkbox"/> Enfermedades cardíacas | <input type="checkbox"/> Cancer | <input type="checkbox"/> Embarazo? Nacimiento: _____ | <input type="checkbox"/> Enfermedades venereas |
| <input type="checkbox"/> Soplo al corazón | <input type="checkbox"/> Epilepsia | <input type="checkbox"/> Terapia radioactiva | <input type="checkbox"/> Fiebre escarlata |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> Desmayos | <input type="checkbox"/> Problemas respiratorios | Otras: _____ |
| <input type="checkbox"/> Presión alta | <input type="checkbox"/> Glaucoma | <input type="checkbox"/> Fiebre reumatica | |
| <input type="checkbox"/> Sangra Excesivamente | <input type="checkbox"/> Tumores | <input type="checkbox"/> Reumatismo | |
| <input type="checkbox"/> Protesis | <input type="checkbox"/> Mal Aliento? | <input type="checkbox"/> Mareos | |
| | <input type="checkbox"/> Alergias al polen | | |
| | <input type="checkbox"/> Accidentes al craneo | | |

- ¿Hay algo que no le guste de como se ven sus dientes? (por favor explique) _____
- ¿Ha tenido complicaciones durante tratamiento dental? Si No
Si respondió sí, explique: _____
- ¿Ha sido admitido en un hospital para tratamiento de emergencia durante los dos ultimos años? Si No
Si respondió sí, explique: _____
- ¿Está bajo tratamiento médico? Si No
Si respondió sí, explique: _____
- ¿Está tomando alguna medicina? Si No
Si respondió sí, cuales: _____
- ¿Ha tomado alguna vez la droga Fen Phen? Si No
- Nombre de su médico: _____ Teléfono: _____
- ¿Tiene algún problema médico que necesite explicar en detalle? Si No
Si respondió sí, explique: _____

Toda la información que he proporcionado en esta forma es verdadera. Si hay algún cambio en mi condición de salud, me comprometo a informar al doctor en el futuro.

Firma del paciente o apoderado

Fecha:

Referencias

- ¿Como supo de nuestra oficina? Por otro paciente, amigo Por otro paciente, pariente Por otra oficina dental Páginas Amarillas Boletín de la Iglesia Escuela Trabajo Asociación de propietarios Otro _____ Nombre de la persona que lo(a) refirió: _____

