

INFORMACION SOBRE EL PACIENTE

FECHA _____

Nombres _____

apellido nombre

Padre _____

Madre _____

apellido nombre

apellido nombre

Domicilio _____

calle # apt. Ciudad Estado C.P.

Fecha De Nacimiento _____ Telefono _____

Mes dia ano casa trabajo

A Quien Le Podemos Dar Las Gracias Por Referirlo _____

PERSONA RESPONSABLE POR LA CUENTA

Nombre _____ Seguro Social _____

apellido nombre

Lugar De Empleo _____ Telefono _____

Domicilio _____

calle # apt. Ciudad Estado C.P.

Nombre De Seguro Dental _____ Telefono _____

Parentesco Con El Paciente _____

PERSONA PARA LLAMAR EN CASO DE EMERGENCIA _____ TEL. _____

HISTORIA DENTAL

Consulta usted con el dentista regularmente? _____ Ultima consulta? _____

A veces le molesta la coyuntura mandibular? _____ Rechina usted los dientes? _____

Nombre de su dentista? _____ # Tel. _____

Ha tenido algun problema mayor con su salud dental? _____

HISTORIA MEDICA

Medico Pediatra _____ Telefono # _____

Esta Ud. bajo el cuidado de un medico ahora? Por que? _____

Alguna vez se ha hospitalizado o ha tenido una operacion mayor? _____

Esta tomando medicamentos, pildoras o drogas? Cuales? _____

Tiene alergias a cualquier medicamento o sustancia? Indique abajo.

___ Aspirina ___ Penecilina ___ Codeina ___ Acrilico ___ Metal ___ Hule latex

Alguna otra alergia? Explique. _____

Ha padecido de algunas de las siguientes enfermedades:

- * ___ Enfermedades cardiacas (corazon)
- * ___ Asma
- * ___ Artritis
- * ___ Marcapaso
- * ___ Hepatitis
- * ___ Murmullo
- * ___ Derrame Cerebral
- * ___ Hipertension
- * ___ Epilepsia
- * ___ Enfermedad sanguines
- * ___ Sinusitis
- * ___ Fiebre Reumatica
- * ___ Tratamientos Psiquiatrico
- * ___ Diabetes
- * ___ Lesiones congenitas
- * ___ Trastornos de los Senos
- * ___ Tumores
- * ___ Anemia
- * ___ Tratamiento para el cancer
- * ___ Baja presion
- * ___ Alta presion

AUTHORIZACION

Con mi firma autorizo pago directo al Consultorio de los beneficios de seguro en grupo que de otra manera se me enviarian. Entiendo que soy responsable por todos los costos del tratamiento dental. Tambien autorizo la administracion por el Consultorio tales medicamentos necesarios y la elaboracion de tales procedimientos diagnosticos y terapeuticos que sean necesarios para el cuidado dentifrico apropiado. La informacion en esta pagina y las historias dental y medica son exactas, que yo sepa. Otorgo al dentista el derecho de soltar estas historias y otra informacion a personas pagadoras u otros profesionistas medicos.

Firma _____ Fecha _____