

WESTCHESTER FAMILY DENTAL

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: _____



