

## INFORMACION DEL PACIENTE

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Sexo: Hombre ( ) Mujer ( ) Casado(a) \_\_\_\_\_ Soltero(a) \_\_\_\_\_ Divorciado(a) \_\_\_\_\_ Nino(a) \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Zona Postal: \_\_\_\_\_

Seguro Social: \_\_\_\_\_ Licencia: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Telefono de Casa: \_\_\_\_\_ Trabajo: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

Lugar de Trabajo: \_\_\_\_\_ Correo Electronico: \_\_\_\_\_

Si el paciente es estudiante, cual es el nombre de la escuela o colegio: \_\_\_\_\_

## PERSONA RESPONSABLE

Nombre: \_\_\_\_\_ Relacion al Paciente: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_

Numero de Licencia: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Seguro Social: \_\_\_\_\_

Tiene Seguro Dental? SI ( ) NO ( )

Como pagara por su cita de hoy? Cheque ( ) Tarjeta de credito/debito ( ) Dinero en efectivo ( )

A quien podriamos agradecer por recomendarlo(a) a nuestra oficina?

Otro paciente (nombre): \_\_\_\_\_ Otro Doctor: \_\_\_\_\_

Paginas Amarillas ( ) Paso por la oficina ( ) Compania de Seguro ( ) Otro ( )

## CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO

Yo, (persona responsable al paciente) doy mi permiso a la clinica dental para que tomen radiografias recomendadas por el doctor para poder hacer un diagnostic apropiado. Tambien le doy permiso a la clinica para que traten con anesteticos y hacer cirujia como sea necesario al paciente mensionado.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Historial Medico**

Tiene o a tenido algo de lo siguiente? Por favor de marcar

Alergias	Deprecion	Desorden Mental
Alta Presion	Diabetis	Desorden de los Nervios
Anemia	Enfermedad Venerea	Problemas del Hgado
Arthritis	Fiebre Rheumatica	Problemas del Corazon
Asma	Glaucoma	Problemas de Rinon
Baja Presion	Hepatitis	Problemas Respiratorias
Bronchitis	Infartos	Tratamiento de radiacion
Cancer	Tuberculosis	Ligamentos Artificiales
Murmullo en el Corazon	Epilepsia	Alergia a la Penicilina
Fiebre de Heno	Ulceras	Enfermedad en la sangre
Sangra en exceso	Rheumatismo	Problemas del Estomago
Marcopasos en el Corazon	SIDA/HIV	

Esta bajo del cuidado de un medico? SI ( ) NO ( )

Nombre del Doctor \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_

Esta tomando medicinas o drogas en este tiempo? SI ( ) NO ( ) Cuales? \_\_\_\_\_

Ha tomado la medicina PHEN-FEN? SI ( ) NO ( )

Esta embarazada? SI ( ) NO ( ) Meses de embarazo: \_\_\_\_\_

Algun Dr. le ha dicho si necesita tomar antibioticos antes de cualquier tratamiento dental? SI ( ) NO ( )

**HISTORIAL DENTAL**

Tiene algun dolor de muela/diente en este momento? SI ( ) NO ( )

Cuando fue su ultimo examen dental? \_\_\_\_\_

Alguna bes a tenido una reaccion alergica con la anesthesia? SI ( ) NO ( )

Le sangra su encilla? SI ( ) NO ( )

Le interesaria informacion sobre el blanquiador de dientes? SI ( ) NO ( )

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

