

# 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 llamada 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 Amarias Otro Estatus Marital Fecha de Ultimo examen dental/Limpieza \_\_\_\_\_

Nombre de Dentista General \_\_\_\_\_

**Si No Alguna vez a tenido alguno de los siguientes:**

- Hepatitis
- Enfermedad del Hgado
- Convulsiones Epilepticas
- Convulsiones
- Fiebre Reumatica
- Rifton
- Enfermedad de la Vejiga
- Diabetes
- Tuberculosis
- Efisema
- Asma
- Falta de Respiracion
- Tobillos Hinchados
- Problemas Cardiacos
- Presion Arterial alta
- Apoplejia
- Problemas de Tiroides
- Tratamiento Psiquiatrico
- Artritis
- Reumatismo
- Enfermedades Venereas
- Glaucoma
- Quimioterapia
- Sinusitis
- Alergias
- Problemas a Nacer
- Soplo Cardiaco
- Anemia
- Sangrado Excesivo/Hemofilia
- Transfusion de Sangre
- Sida o VIH positivo
- Cancer
- Labio/Paladar Leporino
- Problema de Habla
- Problema Auditivos
- Problemas de la Vista
- Anginas/Problemas de Garganta
- Febri/Herpes Labial

**Si No Si eres mujer estas?**

- Embarazada
- Tomando pildoras anticonceptivas
- 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?
- Por cuanto tiempo? \_\_\_\_\_
- Si la respuesta es si para que y fecha de la ultima cita? \_\_\_\_\_
- Alguna vez le han indicado que es alergico a un medicamento? si la respuesta fue si a cualquiera de las dos a cual medicamento? \_\_\_\_\_
- Alguna vez a tenido problemas de sangrado? \_\_\_\_\_
- A tenido problemas con una extraccion? Si la respuesta es si, favor de explicar. \_\_\_\_\_
- En la actualidad esta ud tomando algun medicamento o droga? Si la respuesta es si, favor de apuntar. \_\_\_\_\_

**SiNo**

- Tienes dolor o dificultad para abrir ancho?
- Tiene estallidos o haciendo clic en las articulaciones de la mandibula?
- Tiene dolores de cabeza o migrafiyas?
- Te rechina o aprieta los dientes?
- Estas tomando medicamentos para el dolor ni medicamentos de migrafiya?
- 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 \_\_\_\_\_