

Nombre: _____
 Apellido: _____
 Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____
 Soltero(a) Casado(a) Separado(a) Divorciado(a) Viudo
 No. de seguro social.: _____
 licencia de conducir / I.D
 : _____
 Su direccion: _____ APT _____
 CIUDAD _____ ESTADO _____ ZIP _____
 Tel. casa: (_____) _____

Informacion de trabajo del paciente o padre(1)

Nombre: _____
 Apellido: _____
 No. de seguro social: _____
 Nombre de empleador: _____
 Direccion de Empleador: _____
 TEL Del Trabajo: _____
 Aseguranza : _____

Encaso de emergencia:

Nombre: _____
 No. de telefono: _____
 Relacion con usted: _____

Como se dieron cuenta de esta oficina?

_____ Si fue referida por uno de nuestros paciente, de el nombre: _____
 _____ Caminaba y noto nuestra oficina
 _____ Resibio un bolate por correo
 _____ Algun bolate fue dado a usted
 _____ Alguna otra manera por favor espliqla:

LENGUAJE PREFERIDO: INGLES / ESPANOL / OTRO _____

SITUACION SOBRE FUMAR:

FUMADOR AL DIA / FUMADOR ANTERIORMENTE / NUNCA A FUMADO

ETNICO: NO LATINO / LATINO

GRUPO ETNICO:

INDIO AMERICANO O NATIVO DE ALASKA
 ASIATICO / AFRICANO AMERICANO / BLANCO
 ISLENO DEL PACIFICO O NATIVO HAWAIIANO
 HISPANO / OTRO
ESTATURA _____ PIES _____ PULGADAS **PESO:** _____ LIBRAS
 EN EL FUTURO USTED PODRA TENER ACCESO DE SU INFORMACION QUE
 NOS ESTA PROVEENDO . SI ESTA INTERESADO FAVOR DE PROVEEER SU
 CORREO ELECTRONICO: _____ @ _____

Usted tiene (o ha tenido):

No **pastillas o inyecciones de estos medicamentos** Si
 (Normalmene usado para osteoporosis o cancer):
 alendronate, Fosamax , ibandronate, Boniva,
 risedronate, Actonel, Atelvia, zoledronic acid
 Reclast , Bisphosphanates
 No Artritis o dolor de Coyonturas Si
 No Coyonturas artificiales, valvulas del Corazon Implante de huesos Si
 No Asma o Enfisemia Si
 No Anemia o algun problema de la sangre Si
 No SIDA o resultado positivo a el HVI Si
 No Alergico(a) a la anestesia dental Si
 No Alguna reaccion alergica a : Si
 Sulfadiacina aspirina Iboprofina
 Tylenol penicilina latex
 No Erytromicina Tetraciclina Codeina Si
 No Dolor de pecho Si
 No Dependencias Quimicas Si
 No Tratamiento de Cortisona Si
 No Cancer, Tumores, Radiacion o Quimoterapia Si
 No Diabetes Si
 No Desmayos o mareos Si
 No Ha tomado alguna vez la droga "Fen-Phen" ? Si
 No Glaucoma Si
 No Migraña o problemas similares Si
 No Alta Presion Arterial Si
 No Enfermedad o cirugia de el Corazon Si
 No Murmullo de el Corazon Si
 No Deficiencia de las Valvulas de el Corazon Si
 No Ataque del Corazon o marca paso Si
 No Hepatitis o enfermedad del Higado Si
 No Deficiencia del Rinon Si
 No Baja Presion Arterial Si
 No Problema Psiquiatrico o mental Si
 No Tos persistente Si
 No Gastritis o Ulcera Estimacal Peptica Si
 No Enfermedades respiratorias Si
 No Fiebre Reumatica Si
 No Convulsiones, epilepsia, desordenes neurologicos Si
 No Enfermedades Venereas Si

No Se le recorta la Respiracion Si
 No Se le inchan los pies o tobillos Si
 No Trombosis Cerebral, Embolia o condicion similar Si
 No Tuberculosis Si
 No Problema de la Tiroides Si
 No Perdida de peso inexplicable o sed exsesiva Si

Para Mujeres Solamente

No Esta usted (o puede estar) embarazada? Si
 Si lo esta, Cuantas semanas tiene?
 No Esta usted amamantando? Si
 No Algun cambio reciente en su periodo? Si
 No Esta usted tomando pastillas anticonceptivas? Si

Favor de explicar si usted contesto "SI" a alguna de estas preguntas o si usted tiene ulguna condicion medica o alergias no mencionadas arriba: _____

Haga favor de mensionar todos los medicamentos que este tomando: _____

Nombre de su medico: _____

Numero de su medico: _____

No Ha tenido usted algun dolor de muelas o de encias recientemente? Favor de explicar: _____ Si

No Le sangran sus encias cuando se cepilla o al usar el hilo dental? Si

No Se cepilla sus dientes por lo menos dos veces al dia? Si

No Usted usa alguna protesis o placas dentales removibles? Si
 Cuando fue la ultima vez que visito al dentista?

Yo He Leido Este Formulario y he provehido toda la informacion necesaria y correcta en lo mejor de mi conocimiento. Entiendo que pueda necesitar varios exámenes para completar el diagnostico de mi dentadura y enfermedades bucales. Si yo tengo aseguranza dental entiendo y estoy de acuerdo a que toda mi informacion sea otorgada a mi aseguranza dental y los pagos sean mandados a esta oficina. Estoy de acuerdo de someterme obligatoriamente ha cualquier arbitracion de cobro en contra de esta oficina, sus empleados y sus servicios.

Paciente o Padres (Guardianes Legales) :

Fecha _____ Firma _____