

**HISTORIAL (CONFIDENCIAL)
(APUNTA POR FAVOR)**

Nombre del Paciente _____ Fecha de Nacimiento ____/____/____ Fuiste Paciente Antes? Yes / No

Nombre de Padre _____ # de Licencia de Manejar _____ # de Seguro Social ____/____/____

Nombre de Madre _____ # de Licencia de Manejar _____ # de Seguro Social ____/____/____

Direccion Residencial _____ Ciudad/Codigo _____ Telefono de Casa _____

Empleado/Escuela _____ Ocupacion _____

Empleado de Padre _____ # de Trabajo (____) _____

Empleado de Madre _____ # de Trabajo (____) _____

Medico _____ Telefono de la Oficina (____) _____

Esta Actualmente Bajo Tratamiento Medico? Si / No Razon _____

Recomendado por _____

ESTA TOMANDO ALGUN DEDICAMENTO, INCLUYENDO MEDICIANOS SIN RECETA?

Por favor apunta los:

Nombre del Medicamento	Nombre del Medicamento	Razon del Medicamento / Tratamiento de Enfermedad
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

PADECE DE ALGUNA DE LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES:

Sopio Cardiaco Yes / No _____
 Reemplazo de Articulacion o implante Yes / No _____
 Marcopaso Cardiaco Yes / No _____

PADECE O HA PADECIDO DE ALGUNA DE LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES O DOLENCIAS:

	CUANDO		CUANDO
Problema del Corazon	Yes / No _____	Ulceras	Yes / No _____
Ictericia	Yes / No _____	Tumor o Cancer	Yes / No _____
Enfermedad del Corazon Congenital	Yes / No _____	Enfermedad del Hgado	Yes / No _____
Enfermedad del Corazon Reumatica	Yes / No _____	Artritis	Yes / No _____
Fiebre muy alta cuando pequeno	Yes / No _____	Diabetis	Yes / No _____
Hipertension ____ Hipotension ____	Yes / No _____	Glaucoma	Yes / No _____
Asthma, Alergias	Yes / No _____	Nerviosismo/Depresion	Yes / No _____
Pulmonia	Yes / No _____	Enfermedad de los Rinones	Yes / No _____
Bronquitis	Yes / No _____	Problemas Urinarios	Yes / No _____
Tuberculosis problema con los Pulmones	Yes / No _____	Orina Frecuente	Yes / No _____
Frecuente de Toser	Yes / No _____	Ganas de beber demasiado	Yes / No _____
Enfisema	Yes / No _____	Anemia	Yes / No _____
Fumas? Bebes Alcohol	Yes / No _____	Hemofilia	Yes / No _____
Congestion nasal	Yes / No _____	Otras Enfermedades de Sangre	Yes / No _____
Epilepsi/Convulsiones	Yes / No _____	Accidente del Espalda	Yes / No _____
Alta/Baja Asucar de Sangre	Yes / No _____	Dolor De Espalda	Yes / No _____
Problemas del Tiroides	Yes / No _____	Apoplejia	Yes / No _____
Hinchazon del Tobillo	Yes / No _____	HIV Positivo	Yes / No _____
Dificultad al Respirar	Yes / No _____	SIDA	Yes / No _____
Mareas Facilmente	Yes / No _____	Sifilis/Enfermeda Venerea	Yes / No _____
Therapia Steroid (Cortisone)	Yes / No _____	Gonorrea	Yes / No _____
Hepatitis	Yes / No _____		

HISTORIAL (CONFIDENCIAL)

Ha sido Hospitalizado? _____

Tienes Alergia a las : Penicillina _____ Codeina _____ Anesteticos Locales _____ Demerol _____ Valium _____
Alergia con otros Medicamentos?: _____ Estas Embarazada? Si / No

HAS TOMADO LA DROGA FEN-FEN O REDUX PARA BAJAR EL PESO? YES / NO Por cuanto tiempo? _____

HISTORIA DENTAL

Nombre del Dentista antes de aqui? Que Ciudad? _____

Le preocupa citas dental? _____ Porque? _____

Has tenido problemas seriosa con la cita dental? _____

Antes sangraste demasiado despues do extraccion dental o herida menor? _____

Alguien le ha dicho que tienes problemas periodontal? _____ Cuando _____

Fecha de ultimas radiografias _____ Has tenido Nitrous Oxide? _____

Tienes dolor hoy? _____ Explique _____

INFORMACION DE SEGURO

Nombre de Seguro _____ # del Grupo _____ El Empleo _____

Nombre del Empleado _____ # de la Seguro Social del Empleado _____

Fecha de nacimiento del Empleado _____ Relacion del paciente a el empleado: Usted / Esposa / Nino

Quien es responsable de pagar esta cuenta? _____

Si vas a la Universidad y el Seguro de sus padres le cubre, a qual Universidad vas?

_____ Tiempo completo _____ Medio Tiempo _____

*As a courtesy to our patients, we will gladly file your dental claims. We can only estimate the portion your insurance will pay, you are responsible for any portion NOT covered by you insurance company. A Pre-Determination will be sent upon request if required by your insurance company. It is you responsibility to find out if you policy has a waiting period. **** Phone verification of insurance coverage is never a guarantee of payment. *****

PAGO ES REQUERIDO AL TIEMPO DEL SERVICIO

Firma _____ Fecha _____

HISTORIA SIGUIENTE

Por favor has los cambios necesarios de la Historia y firm con la fecha.

Fecha _____ Persona Responsable _____ Fecha _____ Persona Responsable _____

