

Mt. Pleasant Family Dental

Historial Medico y Registro

Fecha De Hoy: _____

Nombre, Apellido Y Iniciales Del Paciente: _____

Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Edad: ____ Sexo: Femenino / Masculino

No. Seguro Social: ____ - ____ - ____ Celular: _____ No. Alt: _____

Correo Electrónico: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Empleador: _____ Ocupacion: _____

Razon de Su Visita El Dia De Hoy: _____

Información del Padre/Guardián

Relación al Paciente: _____ Si Mismo

Nombre, Apellido Y Iniciales: _____

Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Edad: ____ Sexo: Femenino / Masculino

No. Seguro Social: ____ - ____ - ____ Celular: _____ No. Alt: _____

Informacion de Aseguranza

Nombre de Seguro Dental: _____ Tel. de Seguro Dental: _____

No. de Identificacion de la Aseguranza: _____ Group No.: _____

Empleador: _____ Ciudad de Trabajo: _____

Informacion de Aseguranza Secundaria

Nombre de Seguro Dental: _____ Tel. de Seguro Dental: _____

No. De ID Seguro Dental: _____ Group No.: _____ Empleador: _____

Informacion de Emergencia: Amigo o Pariente Que No Viva Con Usted

Nombre, Apellido Y Iniciales: _____ Relacion: _____

Celular: _____ No. Alt: _____

Como Escucho De Nuestra Oficina? _____

Mt. Pleasant Family Dental

<p>¿Tiene o ha tenido alguna de las siguientes?</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Cancer or tumor <input type="checkbox"/> Enfermedad del corazon <input type="checkbox"/> Soplo en el corazon, prolapse de la valvula mitral, cardiopatia <input type="checkbox"/> Fiebre reumatica o enfermedad cardiaca reumatica <input type="checkbox"/> Articulacion artificial o valvula <input type="checkbox"/> Presion arterial alta o baja <input type="checkbox"/> Marca pasos <input type="checkbox"/> Tuberculosis o otros problemas pulmonares <input type="checkbox"/> Enfermedad del riñon <input type="checkbox"/> Hepatitis o otra enfermedad hepática <input type="checkbox"/> Alcoholismo <input type="checkbox"/> Transfucion de sangre <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Condicion neurológica <input type="checkbox"/> Epilepsia, Convulsiones, o Desmayos <input type="checkbox"/> Condiciones emocionales <input type="checkbox"/> Artritis <input type="checkbox"/> Herpes o herpes labial <input type="checkbox"/> SIDA o VIH positivo <input type="checkbox"/> Migrañas o dolor de cabeza frecuentes <input type="checkbox"/> Anemia o trastornos de la sangre <input type="checkbox"/> Sangrado anormal despues de extracciones, cirugia o trauma <input type="checkbox"/> Fiebre de heno o problemas de sinusitis <input type="checkbox"/> Alergias o urticaria <input type="checkbox"/> Asma 	<p>¿Es usted alérgico a, o ha reaccionado negativamente a cualquiera de los siguientes?</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Material de látex <input type="checkbox"/> Penicilina u otros antibióticos <input type="checkbox"/> Los anestésicos locales ("novocaína") <input type="checkbox"/> La codeína u otros narcóticos <input type="checkbox"/> Las sulfas <input type="checkbox"/> Barbitúricos, sedantes o pastillas para dormir <input type="checkbox"/> Aspirina <p>Otros: _____</p> <hr style="border-top: 1px dashed black;"/> <p>¿Está tomando alguna de las siguientes?</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Aspirina <input type="checkbox"/> Anticoagulantes (diluyentes de la sangre) <input type="checkbox"/> Antibióticos o sulfas <input type="checkbox"/> Medicamento para la precion arterial alta <input type="checkbox"/> Antidepresivos o tranquilizantes <input type="checkbox"/> Insulina u otros medicamentos para ladiabetes <input type="checkbox"/> La nitroglicerina <input type="checkbox"/> Esteroides de cortisona u otros <input type="checkbox"/> Medicamento para la osteoporosis <p>Otros: _____</p> <p>Mujeres:</p> <p>Puede estar embarazad</p> <p>Fecha de dar a luz: _____</p> <p>¿Usted fuma o masca tabaco?</p> <p>Si / No</p> <p>Usted a tomado Fen-phen / Redux?</p> <p>Si / No</p>
--	---

HISTORIA DE SALUD MEDICA

Nombre de su médico: _____ Teléfono: _____

¿Usted está tomando medicamentos a hora? Nombre los medicamentos: _____

¿Tiene usted alguna enfermedad, condición, o problema no mencionados anteriormente?

Por favor, añada cualquier otra cosa para nosotras saber:

Firma del paciente (o padre) _____ Fecha: _____

