

Fecha: _____	Nombre: _____
---------------------	----------------------

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

Teléfono Celular: _____	Fecha de Nacimiento: _____
--------------------------------	-----------------------------------

Teléfono de la Casa: _____	Edad: _____
-----------------------------------	--------------------

Email: _____	¿Alguien lo refirió con nosotros? _____
---------------------	--

Contacto de Emergencia

Nombre _____ **Numero de Telefono** _____ **Relación a usted** _____

¿Hay alguien con quien usted desea que compartamos la información de su tratamiento dental?

Nombre _____ **Relación a usted** _____

¿Cuándo fue su último examen dental?

POR FAVOR INDIQUE CON UNA "X" SI PADECE O NO DE LAS SIGUIENTES CONDICIONES MEDICAS

	SI	No		SI	NO		SI	NO
Hipertensión			Enfermedad del Corazón			Dolor en el Pecho		
Hipotensión			Marcapaso Cardiaco			Ataques de Falta de Aire		
Ataque Cardiaco			Soplo Cardiaco			Tuberculosis		
Mareos/Ataques Repentinos			Angina			Terapia de Radiación		
Asma			Anemia			Enfermedad de Hígado		
Epilepsia/Convulsiones			Enfisema			Problemas Respiratorios		
Leucemia			Cáncer			Colesterol Alto		
Diabetes			Artritis			Infección de SIDA O VIH		
Enfermedad de los Riñones			Hepatitis/Ictericia			Problema de Tiroides		
Problemas Estomacales			Enfermedades Venéreas			Otro:		

	Si	No		Si	No
a. ¿Ha tenido alguna cirugía en los últimos 5 años?			¿Alergia a algún medicamento?		

b. ¿Qué tipo de cirugía?	¿Otro tipo de Alergia?
--------------------------	------------------------

¿Que medicamentos toma?	¿Usted fuma?		
	¿Está embarazada o amamantando?		

Certifico que he leído y que comprendo la información anterior. Las preguntas anteriores han sido contestadas en forma precisa. Acepto hacerme responsable de los pagos de todos los servicios prestados en mi nombre.

X _____
 Firma del Paciente (o padre/tutor si el paciente es menor de edad)

Nombre del Padre o Tutor (si el paciente es menor de edad) _____