

PACIENTE NINO (A)

Nombre _____

Apodo _____

_____/_____/_____
Fecha de Nacimiento Edad

Numero de Seguro Social _____

Dirección _____

Teléfono _____

Persona Responsable del Nino (A) _____

Relación Al Nino (A) _____

La Persona con Responsabilidad
del Nino, Por Favor, Escriba La
Información En La Derecha

PACIENTE ADULTO (A)

Nombre _____

Apodo _____

_____/_____/_____
Fecha de Nacimiento Edad

Numero de Seguro Social _____

Domicilio _____

#De Carta de Manejo _____

Teléfono: Casa _____
 Empleo _____

Email _____

Empleado Con _____

Hace Cuanto Tiempo _____

Cargo _____

Es Ud.: Soltero (A) _____

 Casado (A) _____

 Divorciado (A) _____

 Viudo (A) _____

 Otro (A) _____

Nombre De Consorte _____

Empleado Con _____

Hace Cuanto Tiempo _____

Cargo _____

Teléfono De Empleo _____

Quien lo refirió _____

En Caso De Emergencia, A Quien
Debemos Llamar _____

Domicilio _____

Teléfono _____

Nombre de Seguro Dental _____

Es necesario Pagar El "Deductible"
o "co-pay" en El Dia Del Servicio.

Fecha De La Última Visita Dental _____

Que le hicieron _____

El propósito de esta visita _____

¿Le Duele Ud.? _____

Dónde _____

Le Gustaría mejorar Su Sonrisa _____

Ha Tenido Ud. Tratamiento De Las Encías _____

Ha Tenido Ud. Tratamiento De Ortodoncia _____

Origen Del Agua Que Toma _____

Nombre De Su Médico _____

Teléfono _____

Cuanto Pesa Ud. _____

Pudiera estar embarazada _____

La Fecha Esperada _____

Medicamento Que Toma _____

Alergias _____

A Estado usted hospitalizado y por que _____

- Esteroides en los últimos dos Años
- Anemia
- Arthritis
- Asma
- Diabetes
- Hepatitis
- Cancer
- Dependencia En Droga
- Enfermedad Venerea
- Dieta Especial
- Uso de Tobacco
- Tratamiento Psicológico
- Toma Medicina
- Problema de Respiración
- Problema de Corazón
- Problema de Circulación de Sangre
- Enfermedad de Sangre
- Fiebre Rhematica
- AIDS / HIV
- Problema Nervioso
- Alergia a Medicina/Anestecia
- Enfermedad de Hígado
- Preción Alta
- Preción Baja
- Coyuntura O Válvula de Corazón Artificial
- Fiebre Scarlet
- Ataque de Parálisis
- Diarrhea Crónica
- Tuberculosis
- Úlcera
- Epileptico
- Chemo / Radiación
- Perdida de Peso
- Transfuciones de Sangre
- Alguna Vez Hospitalizado
- Otra

La información personal y estado de salud a sido proveida de acuerdo con mi mejor habilidad. Proveré información acerca de cualquier cambio en mie status personal o de salud a medida que caulquier cambio ocurra. Entiendo que yo soy responsable por todos y unos de los gastos o cargos encurridos. Entiendo que habran cargos por cada cita que no cumpla después de haberla hecho. Al mismo tiempo cualquier balance después de 30 dias será sujeto a cargos adicionales.

Firma _____ Fecha ____ / ____ / ____ Denista _____