

# REGISTRO DEL PACIENTE HISTORIA MEDICA Y DENTAL

(Por favor, escriba en letra de imprenta)

Fecha \_\_\_\_\_ Telefonos Particulares \_\_\_\_\_

Paciente \_\_\_\_\_

Apellido \_\_\_\_\_ Primer Nombre \_\_\_\_\_ Inicial \_\_\_\_\_ Nombre Preferido \_\_\_\_\_

Direccion - calle \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Codigo Postal \_\_\_\_\_

Direccion Electronica \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

No. de Seguro Social \_\_\_\_\_ Sexo: M \_\_\_\_\_ F \_\_\_\_\_

Estado Civil: Soltero(a) \_\_\_\_\_ Casado(a) \_\_\_\_\_ Viudo(a) \_\_\_\_\_ Separado(a) \_\_\_\_\_ Divorciado(a) \_\_\_\_\_

Empleado(a) por \_\_\_\_\_ Ocupacion \_\_\_\_\_

Nombre del Conyuge / Padres \_\_\_\_\_

Conyuge / Padres empleado por \_\_\_\_\_

Quien es responsable por esta cuenta? \_\_\_\_\_ Relacion con el paciente \_\_\_\_\_

No. de Seguro Social \_\_\_\_\_

Nombre de la Compañia de Seguro Dental \_\_\_\_\_ Grupo Numero \_\_\_\_\_

En caso de emergencia, a quien se debe notificar? \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_

A quien podemos agradecer por habernos referido a usted? \_\_\_\_\_

## HISTORIA MEDICA

Nombre del Medico \_\_\_\_\_ Fecha del ultimo examen fisico \_\_\_\_\_

Si ha tenido usted alguna vez algo de lo siguiente, por favor marque las casillas correspondientes con una (X):

<input type="checkbox"/> Problema Cardiaco	<input type="checkbox"/> Dolores de Cabeza	<input type="checkbox"/> Problemas Sinusales
<input type="checkbox"/> Presion Sanguinea Alta / Baja	<input type="checkbox"/> Glandulas del Cuello Hinchadas	<input type="checkbox"/> SIDA / VIH o enfermedades
<input type="checkbox"/> Problemas Circulatorios	<input type="checkbox"/> Cancer	<input type="checkbox"/> Inmunologicas
<input type="checkbox"/> Problemas Nerviosos	<input type="checkbox"/> Diarreas Cronicas	<input type="checkbox"/> Enfermedad de la Tiroides
<input type="checkbox"/> Valvulas del Corazon / Articulaciones artific.	<input type="checkbox"/> Tratamiento Siquiatrico	<input type="checkbox"/> Embolia Cerebral
<input type="checkbox"/> Radioterapia	<input type="checkbox"/> Alergias	<input type="checkbox"/> Ulcera
<input type="checkbox"/> Hepatitis, Ictericia o Enfermedad del Higado	<input type="checkbox"/> Enfermedad de la Sangre	<input type="checkbox"/> Enfermedades Venereas
<input type="checkbox"/> Problemas de Espalda	<input type="checkbox"/> Artritis	<input type="checkbox"/> Dependencia a Farmacos
<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Dieta Especial	<input type="checkbox"/> Hemofilia
<input type="checkbox"/> Enfermedades Respiratorias	<input type="checkbox"/> Reciente Perdida de Peso	
<input type="checkbox"/> Epilepsia	<input type="checkbox"/> Fiebre Reumatica	

Tiene ud. alguna alergia a medicamentos o ha tenido alguna vez una reaccion adversa a algun medicamento? \_\_\_\_\_

Si la respuesta es afirmativa, a cual(es)? \_\_\_\_\_

Ha reaccionado ud. alguna vez adversamente a un tratamiento medico o dental? \_\_\_\_\_

Esta tomando usted actualmente algun medicamento? \_\_\_\_\_ Cual(es)? \_\_\_\_\_

Esta ud. bajo el cuidado de un medico? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_ Por el tratamiento de que condiciones? \_\_\_\_\_

(Mujeres) Sospecha ud. que esta embarazada? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_ Esta dando de lactar a un bebe? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

La informacion de arriba es correcta y completa, a mi leal saber y entender, y se proporciona con el unico objeto de que se use para mi tratamiento, para facturacion, y para procesamiento ante el seguro de los beneficios a los que tengo derecho. No hago responsable a mi dentista ni a ningun integrante de su personal por errores u omisiones que yo pueda haber cometido al llenar este formulario.

FECHA \_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_