



LOS FRESNOS
DENTAL CENTER

Dr. Adam Galante

REGISTRO E HISTORIAL MEDICO DEL PACIENTE

Fecha _____ Telèfono: Casa _____ Cellular _____

Paciente _____
Apellido Primer Nombre Inicial Nombre Preferido

Domicilio _____ Ciudad _____ Estado _____ C.P. _____

Sexo: M F Edad: ____ Fecha de Nacimiento _____ Soltero Casado Viudo(a) Divorciado(a)

Empleado por _____ Ocupaciòn _____ Telèfono _____

Nombre del Cònyuge o Padres _____ Cònyuge/Padres Fecha de Nac. _____

Lugar de Trabajo del Cònyuge o Padres _____ Ocupaciòn _____

Quièn es responsable de èsta cuenta? _____ Relaciòn con el Paciente _____

No. de Seguro Social _____ Seguro Social del Cònyuge/Padres _____

Nombre de la Compañia de Seguro Dental _____ Nùmero de Grupo _____

En caso de Emergencia, a quien contactamos? _____ Telèfono _____

HISTORIAL MEDICO

Nombre del Doctor _____ Fecha de Ultimo Exàmen _____

¿A sufrido cualquiera de los siguientes padecimientos? (Marque todos los cuadros que sean necesarios):

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Alergia a Latex | <input type="checkbox"/> Problemas Cardiacos | <input type="checkbox"/> Dieta Especial |
| <input type="checkbox"/> Alta Presiòn Arterial | <input type="checkbox"/> Dolores de Cabeza | <input type="checkbox"/> Inflamaciòn de Ganglios en el Cuello |
| <input type="checkbox"/> Baja Presiòn arterial | <input type="checkbox"/> Hepatitis, Icteria o Enfermedad del Hìgado | <input type="checkbox"/> Fiebre Reumàtica |
| <input type="checkbox"/> Problemas Circulatorios | <input type="checkbox"/> Càncer | <input type="checkbox"/> Problemas en los Senos Nasales |
| <input type="checkbox"/> Problemas Nerviosos | <input type="checkbox"/> Cuidado Psiquiàtrico | <input type="checkbox"/> "SIDA" u otro Desòrden Inmunològico |
| <input type="checkbox"/> Tratamientos con Radiaciòn | <input type="checkbox"/> Diarrea Crònica | <input type="checkbox"/> Embolia |
| <input type="checkbox"/> Valvulas Cardiacas Artificiale | <input type="checkbox"/> Alergias a la Anestesia | <input type="checkbox"/> Ulcera |
| <input type="checkbox"/> Pèrdida de Peso Reciente | <input type="checkbox"/> Alergias a Medicamentos o Drogas | <input type="checkbox"/> Epilepsia |
| <input type="checkbox"/> Problemas en la Espalda | <input type="checkbox"/> Alergias Generales | <input type="checkbox"/> Farmaco Dependencia |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Enfermedad de la Sangre | <input type="checkbox"/> Hemofilia |
| <input type="checkbox"/> Padecimientos Respiratorio | <input type="checkbox"/> Arthritis | <input type="checkbox"/> Desmayos / Convulsiones |
| <input type="checkbox"/> Asma o Alergias | <input type="checkbox"/> Problemas de la Tiroides | <input type="checkbox"/> Tumor / Crecimiento |
| <input type="checkbox"/> Pacemaker en Corazon | <input type="checkbox"/> Problemas Renales | <input type="checkbox"/> Ha sufrido Golpes/ Heridas en la Cabeza |

¿Està tomando algùn medicamento actualmente? Si No Si la respuesta es si, explique _____

¿Ha respondido adversamente a algùn tratamiento medico o dental? Si No _____

¿Està usted bajo el cuidado de algùn medico? Si No Si la respuesta es si, explique la razòn _____

(Mujeres) ¿Cree usted estar embarazada? Si No

¿Hay alguna otra cosa que deberiamos saber acerca de su historial medico? Si No _____

La informaciòn anterior es correcta y complete de acuerdo a mis conocimientos y solo se usará en mi tratamiento, cobros y procesamiento de seguro de beneficios de los cuàles tenga yo derecho. No hare responsables al dentista o a ningùn miembro de su equipo de trabajo por errors u omisiones que yo haya cometido al llenar esta forma.

Fecha _____ Firma _____