Portland Dental

INFORMACION DEL PACIENTE

Nombre Del Paciente: _____Nombre Preferido: _____ Fecha de Nacimiento:_____Edad: ____

Tel. Casa/Trabajo _____ Tel. Cellular _____ Si menor de edad, Nombre del Padre:_____

Direccion: _____ Ciudad _____Estado _____ Codigo Postal _____

Correo Electronico_____ # De Licencia de Conducir_____Estado:_____

Empleador: _____ Ocupacion _____# De Seguro Social_____

A quien podemos agradecer por referirlo/a a nuestra oficina? _____

Ultima visita dental?_____ Razon de su visita hoy?_____

INFORMACION DE FACTURACION, CREDITO Y SEGURO: ❑ No cubierto por seguro dental

Nombre de titular de poliza primaria_____# De SS del titular _____ Fecha de nacimiento del titular: _____

Empleador del titular_____ _____Numero de teléfono del empleador_____

Compania de seguro dental _____Numero de poliza _____Numero de grupo_____

Direcion del seguro:_____Numero de teléfono del seguro _____

HISTORIA DE SALUD MEDICA

¿Tiene o ha tenido alguna de las siguientes?
(Porfavor marque las que correspondan)

- ❑ Cancer or tumor
- ❑ Enfermedad del corazon
- ❑ Soplo en el corazon, prolapse de la valvula mitral, cardiopatia
- ❑ Fiebre reumatica o enfermedad cardiaca reumatica
- ❑ Articulacion artificial o valvula
- ❑ Presion arterial alta o baja
- ❑ Marca pasos
- ❑ Tuberculosis o otros problemas pulmonares
- ❑ Enfermedad del riñon
- ❑ Hepatitis o otra enfermedad hepática
- ❑ Alcoholismo
- ❑ Transfucion de sangre
- ❑ Diabetes
- ❑ Condicion neurológica
- ❑ Epilepsia, Convulsiones, o Desmayos
- ❑ Condiciones emocionales
- ❑ Artritis
- ❑ Herpes o herpes labial
- ❑ SIDA o VIH positivo
- ❑ Migrañas o dolor de cabeza frecuentes
- ❑ Anemia o trastornos de la sangre
- ❑ Sangrado anormal despues de extracciones, cirugia o trauma
- ❑ Fiebre de heno o problemas de sinusitis
- ❑ Alergias o urticaria
- ❑ Asma

Usted fuma o masca tabaco? ❑ si ❑ no

¿Es usted alérgico a, o ha reaccionado negativamente a cualquiera de los siguientes?

- ❑ Material de látex
- ❑ Penicilina u otros antibióticos
- ❑ Los anestésicos locales ("novocaína")
- ❑ La codeína u otros narcóticos
- ❑ Las sulfas
- ❑ Barbitúricos, sedantes o pastillas para dormir
- ❑ Aspirina
- ❑ Otros:_____

¿Está tomando alguna de las siguientes?

- ❑ Aspirina
- ❑ Anticoagulantes (diluyentes de la sangre)
- ❑ Antibióticos o sulfas
- ❑ Medicamento para la precion arterial alta
- ❑ Antidepresivos o tranquilizantes
- ❑ Insulina u otros medicamentos para ladiabetes
- ❑ La nitroglicerina
- ❑ Esteroides de cortisona u otros
- ❑ Medicamento para la osteoporosis
- ❑ Otros:_____
  _____

Mujeres:

- ❑ Puede estar embarazad
  Fecha de dar a luz: _____
- ❑ Tomando hormonas o anticonceptivos

Nombre de su medico:_____ Numero de telefono:_____

¿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: _____