



Nuestro pacientes tam bien son nuestros amigos. Nos gustaria obtener mas informacion sobre usted para conocerlo mejor.

Informacion del Paciente

Formulario for patient information including fields for Date, Age, Sex, Name, Address, Phone, Birth Date, Social Security Number, and Email.

informacion Sobre la Persona Responsable

Formulario for responsible person information including fields for Name, Address, Phone, Social Security Number, and Employment details.

Informacion de Seguro

Formulario for insurance information including fields for Insured Name, Birth Date, Social Security Number, and coverage details.

Informacion de Emergencia

Formulario for emergency contact information including fields for Name, Address, and Phone.

Yo entiendo que un reporte de credito puede ser obtenido, si es necesario.

Firma (Del padre, si el paciente es menor de edad)

Signature box for the parent/guardian.

Poner al dia (fecha y inicial)

Esta el paciente en buena salud? Si  No

Esta el paciente bajo el cuidado de un doctor medico? \_\_\_\_\_

Si la respuesta es si, explique \_\_\_\_\_

Estatomandoalgun medicamento? \_\_\_\_\_

Si la respuesta es si, explique \_\_\_\_\_

Tiene el paciente una historia de los siguientes: (marque si o no)

- |   |                          |  |                       |  |                                  |
|---|--------------------------|--|-----------------------|--|----------------------------------|
| <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No    | Resfriados               | <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | Alergia               | <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | Mareos o desmayos                |
|   | Frecuentemente           | <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | Asthma                | <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | Sida                             |
| <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No    | Arthritis                | <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | Problemas del Corazon | <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | Diabetis                         |
|   |                          |  |                       |  | Enfermedad del hígado o riniomes |
| <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No    | T.B                      | <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | Desorden de la sangre | <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | Fiebre Rheumatica                |
|   |                          |  |                       |  | Hepatitis                        |
| <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No    | Dano al cerebro          | <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | Epilepsia             | <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | Difficultades en oir             |
| <input type="checkbox"/> 0 cualquier otra enfermedad, | favor de explicar: _____ |  |                       |  |                                  |

Le han removido tonsils y adnoids? \_\_\_\_\_

Ha tomado Phen-Fen o Redux anteriormente?  Yes  No

Si la respuesta es si, for cuanto tiempo? \_\_\_\_\_

Marque si 0 no, si ha tenido cualquiera de estos habitos: \_\_\_\_\_

- |  |                     |  |                      |  |                                  |
|--|---------------------|--|----------------------|--|----------------------------------|
| <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | Chupar el dedo      | <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | Respirar por la boca | <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | Moler los dientes                |
| <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | Morder la lengua    | <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | Morder las unas      | <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | Empujar la lengua hacia adelante |
| <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | Problemas al hablar | <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | Respira abnormal     | <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | Chupar la lengua                 |
| <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | Morder los labios   |  |                      |  |                                  |

Aproximadamente, cuando recibio su primer diente? \_\_\_\_\_

Le han removido dientes a algun padre por causa de arrontonamiento? \_\_\_\_\_

Tiene otro pariente esa misma condicion? \_\_\_\_\_ Relacion \_\_\_\_\_

Tiene dolor 0 hace ruido cuando habre y cierra la mandibula? \_\_\_\_\_

Ha tenido el paciente una reaccion negativa al cuidado medico 0 dental anteriormente? \_\_\_\_\_

Lafechadel ultimo cuidado dental \_\_\_\_\_

Hay cualquier otra informacion que debemos saber sobre el paciente? \_\_\_\_\_

Favor de dar todos los nombres fecha de nacimientos y edades de los otros nines en la casa: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Hay otras personas que estan siendo vistas por Dr. Chantelle en este momento? Favor de dar los nombres: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Hay cualquier otra cosa que usted siente que Dr. Chantelle necesita saber sobre este paciente? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Es su obligacion informarnos de cualquier cambio en salud: \_\_\_\_\_

Firma (del padre, si es menor de edad)

Enviar