

Everest Dental Care, a Dental Practice of Juan Pocholo B. Cancio, DDS, Inc.

Informacion Del Paciente

Expediente # _____ Consultorio Dental _____ Fecha _____

PACIENTE

Apellido: _____ Primer Nombre: _____ Inicial: _____
 # de Telefono de su casa: () _____
 Dirección de Casa: _____ Apt # _____
 Ciudad: _____ Estado: _____ Zona: _____
 # de Seguro Social: _____ # Licencia de Manejar: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Sexo: (M) (F) _____
 Como supo de nosotros? _____

PERSONA RESPONSABLE (SI APILICA)

Apellido: _____ Primer Nombre: _____ Inicial: _____
 Dirección de casa: _____ Apt # _____
 Ciudad: _____ Estado: _____ Zona: _____ # de Telefono de su casa () _____
 # de Seguro Social: _____ # Licencia de Manejar: _____
 Empleo: _____
 Ocupación: _____ Por cuanto Tiempo: _____
 Dirección del trabajo: _____
 Ciudad: _____ Estado: _____ Zona: _____
 # de Telefono del trabajo: () _____ Ext. _____
 Asegurado: _____
 # de Poliza: _____ # del Plan: _____

REFERENCIAS DE CREDITO

Nombre de tarjeta de Credito: _____ # de la cuenta: _____
 Nombre del Banco: _____ # de la cuenta: _____

REFERENCIAS PERSONALES

Apellido: _____ Primer Nombre: _____ Inicial: _____
 # de Telefono de su casa: () _____ Dirección de Casa: _____ Apt # _____
 Ciudad: _____ Estado: _____ Zona: _____
 Apellido: _____ Primer Nombre: _____ Inicial: _____
 # de Telefono de su casa: () _____ Dirección de Casa: _____ Apt # _____
 Ciudad: _____ Estado: _____ Zona: _____

Yo estoy conciente que al firmar certifico que toda informacion es completa y correcta. Esta informacion podra ser verificada por cual origen sea necesario (incluyendo pero no limitandose al reporte de credito) y podremos proveer con otra informacion referente a su credito (o el reporte de su credito) hasta cierto punto permitido por la ley. Esta es su autorizacion para que verifiquen su credito.

_____ Firma de Paciente _____ Firma de Persona Responsable _____

TO BE COMPLETED BY DENTAL OFFICE

COVERAGE: _____ DENTI-CAL: _____ INSURANCE: _____ CASH: _____ PREPAID: _____
 Pre Paid Plan or Insurance Carrier: _____ Plan # or Policy #: _____
 Phone #: () _____ Coverage or Liability Verified by: _____
 Employment verified By: _____ Approved By: _____ Date: _____

Everest Dental Care, a Dental Practice of Juan Pocholo B. Cancio, DDS, Inc.

HISTORIA MÉDICA

para

Nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____

Aunque el personal dental trata principalmente el área en y alrededor de su boca, tu boca es una parte de su cuerpo entero. Los problemas de salud que pueda tener, o medicamentos que esté tomando, podría tener una importante relación con la odontología que usted recibirá. Gracias por contestar las siguientes preguntas.

- | | | |
|---|---|---|
| ¿Está usted bajo el cuidado de un médico ahora? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | En caso afirmativo, sírvase explicar: _____ |
| ¿Alguna vez ha sido hospitalizado o tenido una operación mayor? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | En caso afirmativo, sírvase explicar: _____ |
| ¿Ha tenido alguna vez una grave en la cabeza o lesión en el cuello? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | En caso afirmativo, sírvase explicar: _____ |
| ¿Está usted tomando algún medicamento, pastillas, o drogas? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | En caso afirmativo, sírvase explicar: _____ |
| ¿Toma o ha tomado, Phen-Fen o Redux? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | _____ |
| Si es usted una dieta especial? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | _____ |
| ¿Usa tabaco? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | _____ |
| ¿Usted utiliza sustancias controladas? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | _____ |

Mujeres: ¿Está embarazada? Sí No Tomar anticonceptivos orales? Sí No Enfermería? Sí No

Si es usted alérgico a cualquiera de los siguientes?
 Aspirina Penicilina Codeína Acrílico Metálico Látex Anestésicos locales
 Otros En caso afirmativo, sírvase explicar: _____

¿Tiene, o ha tenido, cualquiera de los siguientes?

SIDA / HIV Positivo	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	La cortisona Medicina	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Hemofilia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Diálisis renal	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Enfermedad de Alzheimer	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Abuso de azúcar	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	La hepatitis A	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Fiebre reumática	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Anafilaxia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Drogadicción	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	La hepatitis B o C	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Reumatismo	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Anemia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Fácilmente Sin aliento	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Herpes	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Escarlatina	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Angina	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Enfisema	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Presión arterial alta	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Zona de matojos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Artritis/Gota	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Epilepsia o convulsione	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Ronchas o erupción cutánea	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Enfermedad de cálculas falciformes	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Válvula del corazón artificial	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Sangrado excesivo	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	La hipoglucemia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Problemas del seno	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Articulación artificial	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Sed excesiva	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Latido irregular del corazón	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Espina Bífida	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Asma	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Desmayos / vértigo	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Problemas de los riñones	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Estómago/intestinal enfermedad	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Enfermedad arterial	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Tos frecuente	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Leucemia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Golpe	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Transfusión de sangre	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Diarrea frecuente	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Enfermedades del Hígado	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Hinchazón de las extremidades	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Problema respiratorio	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Los dolores de cabeza frecuente	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Presión arterial baja	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Enfermedad de la Tiroides	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Cáncer	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Glaucomas	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Sin enfermedad pulmonar	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Amigdalitis	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Moretón Fácilmente	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Herpes Genita	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Prolapso de la válvula mitral	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Tuberculosis	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Quimioterapia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Fiebre del heno	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Dolor en la quijada Articulacione	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Los tumores o crecimientos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Dolores en el pecho	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Ataque del corazón/Fracaso	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Enfermedad paratiroidea	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Úlceras	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Herpes labial/Fiebre Ampollas	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Soplo cardíaco	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Atención Psiquiátrica	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Enfermedad venérea	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Congénitas del Corazón Disordera	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Corazón marcapasos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Radiación Treatmentsa	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	La ictericia amarilla	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Convulsiones	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Problemas del corazón/Enfermedad	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Pérdida de peso reciente	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		

¿Ha tenido alguna enfermedad grave que no figuran más arriba? Sí No En caso afirmativo, sírvase explicar: _____

Comentarios: _____

Al mejor de mi conocimiento, las preguntas de esta forma se han contestado exactamente. Entiendo que el proporcionar información incorrecta puede ser peligroso) la salud de mi (o paciente. Es mi responsabilidad informar a la oficina dental de cualquier cambio en el estado médico.

Firma del paciente, padre o tutor _____ Fecha _____