

BIENVENIDO DE REGRESO

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Nombre del padre / tutor: _____

¿Cambio de dirección? Si ___ No ___
Si la respuesta es si, actualice _____

Por favor, actualice los siguientes números de teléfono
 Casa _____
 Celular _____
 Trabajo _____
 Emergencia _____ Persona con quien contactarse: _____

Por favor, actualice su correo electrónico: _____ @ _____

¿Está bajo tratamiento médico ahora? Si ___ No ___
Si es afirmativo, por favor explique _____

¿Alguna vez ha sido hospitalizado por alguna operación quirúrgica o enfermedad grave en los últimos 5 años? Si ___ No ___
Si es afirmativo, por favor explique _____

¿Está tomando algún medicamento(s) incluyendo medicamentos sin receta? Si ___ No ___
Si es afirmativo, por favor explique _____

¿Alguna vez ha tomado Fen-Phen / Redux? Si ___ No ___

¿Usted consume? Tabaco? Si ___ No ___ Sustancias controladas? Si ___ No ___

¿Usted tiene alguna reacción alérgica? _____

¿Tiene tos persistente no asociada con una enfermedad conocida? Si ___ No ___

¿Usted necesita ser pre-medicado antes de procedimientos dentales debido a condiciones médicas? Si ___ No ___
IEn caso afirmativo, por favor describa _____

Mujeres solamente: ¿Usted estas embarazada? Si ___ No ___ ¿Amamantando? Si ___ No ___ ¿Tomando anticonceptivos? Si ___ No ___

¿Tiene o ha tenido alguna de las siguientes?

	SI	NO		SI	NO		SI	NO
Hipertensión Arterial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cardiopatía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolores en el pecho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ataque Cardíaco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Marcapasos Cardíaco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Quedar Fácilmente sin Aliento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fiebre Reumática	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Soplo Cardíaco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Derrame Cerebral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hinchazón de Tobillos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Angina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fiebre del Heno / Alergias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Desmayo / Ataques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cansancio Frecuente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tuberculosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Radioterapia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Presión Arterial Baja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfisma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Glaucoma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Epilepsia/Convulsiones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cáncer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pérdida de Peso Reciente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leucemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Artritis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad Hepática	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Implante o Reemplazo de Articulaciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas al Corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedad Renal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hepatitis / Ictericia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas Respiratorios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SIDA o Infección de VIH	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedades de transmisión sexual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Prolapso de la Válvula Mitral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problema de Tiroides	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas Estomacales/Úlceras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otros _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

AUTORIZACIÓN Y ENTREGA DE INFORMACION

Certifico que he leído y comprendo la información anterior a mi mejor conocimiento. Las preguntas anteriores se han contestadas en forma precisa. Comprendo que proporcionar información incorrecta puede ser peligroso para mi salud. También autorizo al dentista a entregar cualquier información incluido el diagnóstico registros de cualquier tratamiento o exámenes prestados a mí o a mi hijo durante el período de dicha atención dental a terceros pagadores y / o a otros profesionales de la salud. Autorizo y solicito que a mi compañía de seguros a pagar directamente al dentista o al grupo de dentales los beneficios del seguro o de lo contrario a mi persona. Comprendo que mi compañía de seguros dental puede pagar menos que la boleta real por los servicios. Acepto hacrme responsable de todos los servicios prestados en mi nombre o de mis dependientes.

Cita#1 – Firma del pacientet (padre o tutor) _____ Fecha _____

Firma del Dr. _____ Fecha _____

Cita#2 – Firma del pacientet (padre o tutor) _____ Fecha _____

Firma del Dr. _____ Fecha _____ Cambios? Si ___ No ___