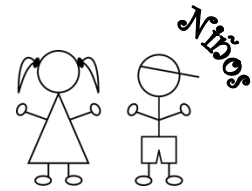


Prime Dental Group



INFORMACION DEL PACIENTE

Fecha De Hoy: ___/___/___

Nombre de Paciente: _____ Nombre Preferido: _____
Last First MI

Hombre Mujer Social Security #: _____ Teléfono (Casa): _____

Celular _____ Fecha de nacimiento _____ Correo Electrónico _____

Método de contacto Casa Trabajo Celular Correo Electrónico Texto

Método de confirmación preferido: Casa Trabajo Celular Correo Electrónico Texto

Método preferido para programar citas: Casa Trabajo Celular Correo Electrónico Texto

Dirección de casa: _____
Calle Ciudad/Estado Código postal

Por favor escriba los demás miembros de su familia inmediata que son pacientes en nuestra oficina

<p>Podemos agradecer a alguien por recomendar te?</p> <p>Familia _____</p> <p>Companero _____</p> <p>Amigo _____</p> <p>Doctor _____</p>	<p>O nos encontró por su cuenta?</p> <p>___ Website</p> <p>___ Social Media</p> <p>___ Lumineer</p> <p>___ Campania de seguro</p> <p>___ Entrando a la oficina</p> <p>___ Postal</p> <p>___ Otro</p>
---	---

Cuál es la razón de su visita de hoy? _____

Fecha de la última visita al dentista: _____

Prefiere óxido nítrico (gas hilarante) durante el procedimiento dental Si No

Seguro Dental

Información de seguro primario

Nombre: _____ Relación al primario: Yo Esposo Hijo

Social: _____ Fecha de nacimiento ___/___/___

Empleador: _____ Nombre de Seguro: _____

Dirección: _____ Miembro ID: _____

Ciudad, Estado, Postal: _____ Número de Grupo: _____

Nombre de la persona que llena esta forma _____

Por favor conteste las siguientes preguntas lo mejor de su capacidad, dando cuenta de que las respuestas verdaderas y exactas son importantes para la entrega de la calidad de la atención. Toda la información que usted proporcione será confidencial.

CUESTIONARIO DE SALUD

POR FAVOR RESPONDER con un círculo SÍ (S) o No (N) para cada pregunta INDIVIDUAL

1. Estas bien de salud? Y N
2. Ha habido algún cambio en su estado general de salud en el último año..... Y N
3. Fecha de la última verificación para arriba por el médico ___/___/___
4. Está usted actualmente bajo el cuidado de un médico? Y N
Para qué? _____
Nombre de Dr.: _____ Numero de teléfono: _____
5. Ha tenido graves enfermedades, operaciones o hospitalizaciones? Y N
Describe y dar fechas aproximadas: _____
6. Estas tomando algunas medicaciones? Y N
Cuáles? _____
7. Has tenido sedación intravenosa o anestesia general? Y N
Hubo efectos adversos? _____
8. Usted generalmente toleran bien el tratamiento dental? Y N

USTED TIENE O HAS TENIDO:

- | | | | | | |
|-------------------------------|-----|-----------------------------|-----|---------------------------|-----|
| • AIDS/HIV Positivo | Y N | • Desmayos / Mareos | Y N | • Enfermedad de pulmón | Y N |
| • Anafilaxia | Y N | • Tos frecuente | Y N | • Mitral Valva Prolapsos | Y N |
| • Anemia | Y N | • Diarrea frecuente | Y N | • Dolor Mandibular | Y N |
| • Angina | Y N | • Dolor de cabeza frecuente | Y N | • Enfermedad paratiroides | Y N |
| • Artritis | Y N | • Glaucoma | Y N | • Atención Psiquiátrica | Y N |
| • Válvula Cardíaca Artificial | Y N | • Fiebre de heno | Y N | • Tratamiento radiación | Y N |
| • Conjunto Artificial | Y N | • Soplo del corazón | Y N | • Diálisis Renal | Y N |
| • Asma | Y N | • Enfermedad de Corazón | Y N | • Fiebre reumática | Y N |
| • Enfermedad de sangre | Y N | • Hemofilia | Y N | • Culebrilla | Y N |
| • Transfusión de sangre | Y N | • Hepatitis A | Y N | • Células falciformes | Y N |
| • Problemas respirando | Y N | • Hepatitis B or C | Y N | • Problemas de seno | Y N |
| • Morados con facilidad | Y N | • Herpes | Y N | • Espina Bífida | Y N |
| • Cáncer | Y N | • Presión Alta | Y N | • Enfermedad estomago | Y N |
| • Quimioterapia | Y N | • Colesterol alto | Y N | • Derrame cerebral | Y N |
| • Dolor de pecho | Y N | • Urticaria o erupción | Y N | • Extremidades Hinchados | Y N |
| • Llagas o Ampollas | Y N | • Hipoglucemia | Y N | • Enfermedad de firoides | Y N |
| • Cardíaca congestiva | Y N | • Palpitación irregular | Y N | • Tonsilitis | Y N |
| • Convulsiones | Y N | • Problema de riñón | Y N | • Tuberculosis | Y N |
| • Medicina Cortisona | Y N | • Leucemia | Y N | • Tumores o Crecimiento | Y N |
| • Diabetes | Y N | • Enfermedad de hígado | Y N | • Ulcera | Y N |
| • Enfisema | Y N | • Presión Baja | Y N | • Ictericia Amarillo | Y N |
| • Epilepsia o convulsiones | Y N | | | | |
| • Sangra miento excesivo | Y N | | | | |

USTED ES ALÉRGICO O HA TENIDO UNA REACCIÓN MAL A:

- Los anestésicos locales (drogas novocaína similares)? Y N
- Penicilina, Amoxicilina, Cefalosporinas? Y N
- Otros antibióticos? Y N
- Barbitúricos, sedativos? Y N
- Aspirina, ibuprofeno, o otra medicinas para dolor? Y N
- Látex? Y N

Tiene alguna otra condición médica no mencionados que usted considera que el médico debe conocer?

Entiendo la importancia de la historia clínica veraz y darse cuenta de que la información incompleta puede tener un efecto adverso en mi tratamiento, a lo mejor de mi conocimiento; la información anterior es completa y exacta.

Fecha ___/___/___

Signatura del responsable _____