

Historial Clínico del Paciente

Tel: _____

Nombre: _____ Edad: _____ Estado Civil: _____

Dirección Res: _____

Dirección Postal: _____

Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____ F ____ M ____ SS (últimos 4 dig) _____
Mes Día Año

Lugar de trabajo: _____ Ocupación: _____

Referido por: _____ Razón de la visita: _____

En caso de emergencia favor notificar a: _____

Teléfono: _____ Parentesco: _____

Información del Asegurado Principal

Nombre: _____ Fecha de Nac: _____

Núm. SS (últimos 4 dig): _____ Relación con el Paciente: _____

Plan Medico: _____

Núm. Contrato: _____ Núm. Grupo: _____

Marque (x) si padece de alguna condición de salud actualmente:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Problemas del corazón | <input type="checkbox"/> Epilepsia |
| <input type="checkbox"/> Presión sanguínea alta | <input type="checkbox"/> Alergia a Anestésias |
| <input type="checkbox"/> Presión sanguínea baja | <input type="checkbox"/> Alergias Generales |
| <input type="checkbox"/> Problemas Circulatorios | <input type="checkbox"/> Alcohol |
| <input type="checkbox"/> Operado del Corazón | <input type="checkbox"/> Utiliza sust Controladas |
| <input type="checkbox"/> Trasplante de órganos | <input type="checkbox"/> Dieta Especial |
| <input type="checkbox"/> Problemas Nerviosos | <input type="checkbox"/> Reciente Pérdida de Peso |
| <input type="checkbox"/> Tratamiento Psiquiátrico | <input type="checkbox"/> Glándulas del Cuello Hinchadas |
| <input type="checkbox"/> Radioterapia | <input type="checkbox"/> Enf de la Sangre |
| <input type="checkbox"/> Toma Anticonceptivos | <input type="checkbox"/> Fuma |
| <input type="checkbox"/> Problemas Renales/ Diálisis | <input type="checkbox"/> Articulaciones o Válvulas del corazón artificiales |
| <input type="checkbox"/> Dolores de Cabeza | <input type="checkbox"/> Drogadicción |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis, enf hígado | <input type="checkbox"/> Fiebre Reumática |
| <input type="checkbox"/> Enf Venéreas | <input type="checkbox"/> Problemas de sinus |
| <input type="checkbox"/> Problemas de Espalda | <input type="checkbox"/> VIH/SIDA |
| <input type="checkbox"/> Embolia Cerebral | <input type="checkbox"/> Enf respiratoria |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Artritis |
| <input type="checkbox"/> Diarrea Crónica | <input type="checkbox"/> Cáncer/Quimioterapia |
| <input type="checkbox"/> Ulcera | <input type="checkbox"/> Utiliza Prótesis Dental |
| <input type="checkbox"/> Hemofilia | <input type="checkbox"/> Tiroide |

Alergia a:

- Aspirina
- Penicilina
- Codeína



Si es alérgico algún otro medicamento, escribir el nombre: _____

¿Está usted tomando medicamentos actualmente? _____ Indique cual: _____

Esta bajo algún tratamiento medico, ¿Por qué condición? _____

Mujeres Solamente. Marque con una X

¿Está embarazada? _____ No _____ Sí, ¿Cuantos meses? _____ / _____ No sabe ¿Está lactando? _____ Sí _____ No
¿Está tomando pastillas anticonceptivas? _____ Sí _____ No

Autorización

Certifico que la información aquí provista es correcta y completa. No responsabilizo a la doctora ni a su personal por errores u omisiones al llenar este formulario. Comprendo que proveer información incorrecta puede poner mi salud en riesgo. Me comprometo a informar al dentista sobre cualquier cambio en mi historial médico y/o medicamentos que utilizo. Doy consentimiento para que se administre cualquier tratamiento, anestésico y/o droga dental que a juicio del dentista se estime necesario para mantener y/o restablecer mi salud oral. Asimismo consiento la toma de radiografías e impresiones para llegar a un diagnóstico.

Autorizo y solicito que mi seguro médico-dental pague directamente a la doctora. Acepto responsabilidad de pago de aquellos servicios no cubiertos por mi seguro médico-dental y/o por concepto de co-pagos y/o deducibles. Asimismo me responsabilizo por el pago de aquellos servicios correctamente facturados y/o reclamados cuyo pago sea denegado por mi seguro dental.

Firma: _____

Fecha: _____