

FORMA PARA LA INFORMACION DE PACIENT

FAVOR DE IMPRENTAR:

NOMBRE: _____ **FECHA:** _____

DOMICILIO: _____

CIUDAD: _____ **ESTADO:** _____ **ZONA POSTAL:** _____

TELEFONO (CASA): _____ **TELEFONO (TRABAJO):** _____

OCCUPACION: _____ **DIRECCION:** _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ **SEGURO SOCIAL:** _____

PROPOSITO DE SU VISITA: _____

ESTADO CIVIL (CIRCULE UNO) SOLTERO(A) CASADO(A) DIVORCIADO(A) VIUDO(A)

NOMBRE DE ESPOSO(A): _____ **OCCUPACION:** _____

TIENE ASEGURANZA? _____ **SI, SI NOMBRE DE ASEGURANZA:** _____

METODO DE PAGO POR SERVICIOS DENTALES

SE DEBE PAGAR TODO TRATAMIENTO DENTAL COMPLETO CUANDO SERVICIO ES DADO CON UNO DE LOS SIGUIENTES (POR FAVOR MARQUE): **EFFECTIVO** ____ **TARJETA DE CREDITO** ____ **CHEQUE** ____

YO POR LA PRESENTE CONCEDO A **DR. ATUL MASTERS D.D.S.** LA AUTORIDAD DE ADMINSTRAR CUALQUIER TRATAMIENTO DENTAL, ADMINSTRAR ANESTECIA LOCAL Y EJECUTAR OTROS PROCEDIMIENTOS DENTALES QUE SEAN REQUERIDOS O ACONSEJABLES.

OCCASIONALMENTE COMPLICACIONES PUEDEN OCURRIR CUANDO CIRUGIA ESTE EN PROCEDIMIENTO. ESTO INCLUYE INCHASON, SANGRADO, INFECCION, DIENTE O HUESO FRACTURADO, MANDIBULA FRACTURADO, INCAPASIDAD DE ABRIR LA BOCA TOTALMENTE Y DESCOLORACION EN LA PIEL.

ALGUNOS PROCEDIMIENTOS DE CIRUGIA ORAL INCLUYEN LA ADMINISTRACION DE UNA ANESTECIA LOCAL PUEDE CAUSAR QUE SE DUERMAN LOS LABIOS, LENGUA, ENCIA O BARBA. EN LA MAYORIA DE CASOS LO DORMIDO ES TEMPORAL, EN CASO MY RAROS PUEDE SER PERMANENTE.

FIRMA: _____ **FECHA:** _____

(POR FAVOR LLENAR ATRAS)

INFORMACION MEDICA

1. ESTA EN BUENA SALUD?.....SI NO
2. ESTA RECIVIENDO ALGUN TRATAMIENTO MEDICO?.....SI NO
3. ESTA TOMANDO ALGUN MEDICAMENTO?.....SI NO
SI, RESPONDIO SI POR FAVOR EXPLIQUE: _____

4. HA EXPERIMENTADO ALGUNA COSA DE LOS SIGUIENTES:
 - a. ENFERMEDAD DEL CORAZON.....SI NO
 - b. ALTA PRESION.....SI NO
 - c. DIABETES.....SI NO
 - d. ENFERMEDAD DE PULMONES O ASTHMA.....SI NO
 - e. FIEBRE RHEUMATICA.....SI NO
 - f. HEPATITIS O PROBLEMAS DEL HIGADO.....SI NO
 - g. ENFERMEDAD DE LA SANGRE.....SI NO
 - h. ENFERMEDAD DEL RINON.....SI NO
 - i. GLAUCOMA.....SI NO
 - j. TUBERCULOSIS.....SI NO
 - k. MURMURA DEL CORAZON.....SI NO
 - l. SIDA.....SI NO
 - m. ANEMIA.....SI NO
 - n. CONVULSIONES.....SI NO
 - o. EPILEPSIA.....SI NO
 - p. TUMORES/CANCER.....SI NO
 - q. SU ENCIA SANGRA?.....SI NO
 - r. USTED CREE QUE TIENE MAL ALIENTO EN LA BOCA?.....SI NO
 - s. USTED QUISIERA TENER SUS DIENTES MAS BLANCOS?.....SI NO
 - t. ESTA CONTENTO CON LA APARIENCIA DE SUS DIENTES?.....SI NO
 - u. ALGUNOS PROBLEMAS MEDICOS NO EN LA LISTA?.....SI NOSI, SI EXPLIQUE POR FAVOR: _____

5. TIENE ALERGIA A ALGUN MEDICAMENTO?.....SI NO
SI, SI EXPLIQUE POR FAVOR: _____

6. HA ESTADO MALO O HOSPITALIZADO RECIENTEMENTE?.....SI NO
7. (MUJERES) ESTA EMBARAZADA?.....SI NO
SI, SI CUANTOS MESES: _____

8. POR FAVOR PONGA EL NOMBRE Y DIRECCION DE SU MEDICO: _____

TODA LA INFORMACION MEDICA ESTA CORRECTA

FIRMA: _____ FECHA: _____