

Fecha \_\_\_\_\_

<input type="checkbox"/> Sr. <input type="checkbox"/> Sra. <input type="checkbox"/> Srta. <input type="checkbox"/> Ms. <input type="checkbox"/> Dr.			
Nombre del Paciente _____		Apodo _____ Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
Dirección del Paciente _____		Tel. Res. (____) ____ - ____	
Calle _____		Ciudad _____ ZIP _____	
Núm. Seguro Social ____ - ____ - ____		Fecha da Nacimiento _____ Celular (____) ____ - ____	
Empleo del Paciente _____		Dirección Trabajo _____	
Ocupación _____		Teléfono (____) ____ - ____	
Nombre del Cónyuge _____		Empleo/Ocupación del Cónyuge _____	
Núm. Lic Manejar _____		¿Quién lo refirió? _____	
Nombre, Dirección y Teléfono de Vecino o Pariente más Cercano _____			
_____			

<b>PERSONA RESPONSABLE – LLENE ESTA SECCIÓN TAMBIÉN I EL PACIENTE ES MENOR DE EDAD</b>			
Nombre de la Persona Responsable _____		Núm. Seguro Social ____ - ____ - ____	
Dirección Residencial Paciente _____		Tel. Res.(____) ____ - ____	
Calle _____		Ciudad _____ ZIP _____ Tel. Cel.(____) ____ - ____	
Núm. Lic. Manejar _____		Empleo _____ Ocupación _____	
Dirección Empleo _____		Tel.(trabajo)(____) ____ - ____	
Calle _____		Ciudad _____ ZIP _____	

<b>HISTORIA MÉDICA</b>	
Salud General	<input type="checkbox"/> Excelente <input type="checkbox"/> Buena <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Mala
Nombre y Dirección del Médico _____	
Nombre y Dirección del Dentista _____	
Último Examen Físico Completo _____	
¿Está tomando alguna medicina? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Anote por Favor _____	
_____	
¿ Es usted alérgico a: <input type="checkbox"/> Pencilina <input type="checkbox"/> Codeína <input type="checkbox"/> Anestésicos Locales Inyectados <input type="checkbox"/> Latex	
¿Otros? _____	
¿Sufre de sangre prolongada? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
(Mujeres) ¿Está embarazada? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No ¿Qué trimestre? _____	
¿Está lactando? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Ha tenido algún problema serio asociado con algún tratamiento dental anterior? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Explique: _____	
_____	