

LOS ALTOS DENTAL GROUP

Registro Del Paciente E Historia Medica

Fecha _____ Telefono de casa (____) _____

Paciente _____
Apellido _____ Nombre _____ Inicial de Segundo Nombre _____

Domicilio _____ Ciudad _____ Codigo Postal _____

Sex: M F Edad _____ Fecha de Nacimiento _____ Soltero Casado Divorciado Viudo

SECCION FINANCIERA

SEGURO PRIMARIO

Persona Asegurada _____

No. de Seguro Social _____

Trabaja Para _____

Domicilio del Trabajo _____

Telefono del Trabajo _____

Nombre del Seguro Dental (1) _____ No. del Plan _____ Telefono _____

Nombre de Seguro Dental (2) _____ No. de Plan _____ Telefono _____

En caso de Emergencia Llamamos a _____ Telefono _____

¿Quien lo ha referido a nosotros, para agradecerle?

SEGURO SECUNDARIO

Persona Asegurada _____

No. De Seguro Social _____

Trabaja Para _____

Domicilio del Trabajo _____

Telefono del Trabajo _____

HISTORIA MEDICA

¿Tiene o alguna vez ha tenido una de las siguientes enfermedades? Marque solamente el con una Si contesta que si

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Problemas del Corazon | <input type="checkbox"/> Epilepsia | <input type="checkbox"/> Enfermedades de la Sangre |
| <input type="checkbox"/> Murmullo del Corazon | <input type="checkbox"/> Dolores de Cabeza | <input type="checkbox"/> Hemofilia |
| <input type="checkbox"/> Valvulas Artificiales
Del Corazon | <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> S.I.D.A. o el Virus Del S.I.D.A. |
| <input type="checkbox"/> Alta Presion | <input type="checkbox"/> Alergia a la Anestesia | <input type="checkbox"/> Fiebre Reumatica |
| <input type="checkbox"/> Perdida de Peso Inexplicable | <input type="checkbox"/> Alergia a Medicinas | <input type="checkbox"/> Sinusitis |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Alergias en General | <input type="checkbox"/> Infartos |
| <input type="checkbox"/> Enfermedades Respiratorias | <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Ulceras |
| <input type="checkbox"/> Cancer | <input type="checkbox"/> Glandulas Inflamadas
en el Cuello | <input type="checkbox"/> Enfermedades Venereas |
| <input type="checkbox"/> Problemas de la Espalda | <input type="checkbox"/> Problemas de Circulacion | <input type="checkbox"/> Dieta Especial |
| | | <input type="checkbox"/> Dolores de Espalda |

Nombre de su medico _____ Domicilio/Telefono _____

¿Es Alergico(A) a alguna medicina o medicamento? No Si A Que? _____

¿Esta usted bajo tratamiento medico o tomando medicina No Si ¿Para Que? _____

Mujeres: ¿Esta Embarazada? No Si ¿Cuantos meses? _____ ¿Esta dando pecho? No Si

¿Alguna vez ha tenido malas experiencias con el doctor o el dentista? _____

¿Hay algo mas que deberiamos saber sobre su salud? No Si ¿Que? _____

Afirmo que esta informacion es correcta y verdadera.

Firma _____ Fecha _____