

## MEDWAY FAMILY DENTAL

### INFORMACION DEL PACIENTE

Nombre del Paciente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_  
Ultimo Primero  
Sexo (M/F) \_\_\_\_\_ Estado Marital \_\_\_\_\_ Fecha del Nacimiento \_\_\_\_\_  
Social Security # \_\_\_\_\_ Licencia del chofer # \_\_\_\_\_  
Direccion \_\_\_\_\_  
Calle Apt #  
Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ # delCodigo \_\_\_\_\_  
Telefono Domicilio \_\_\_\_\_ Trabajo \_\_\_\_\_ Ext \_\_\_\_\_  
Mejor hora para llamar \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_  
Quien lo referio a la esta oficina? \_\_\_\_\_

### INFORMACION DEL ESPOSO O PERSONA RESPONSIBLE

Nombre del Paciente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_  
Ultimo Primero  
Sexo (M/F) \_\_\_\_\_ Estado Marital \_\_\_\_\_ Fecha del Nacimiento \_\_\_\_\_  
Social Security # \_\_\_\_\_ Licencia del chofer # \_\_\_\_\_  
Direccion \_\_\_\_\_  
Calle Apt #  
Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ # delCodigo \_\_\_\_\_  
Telefono Domicilio \_\_\_\_\_ Trabajo \_\_\_\_\_ Ext \_\_\_\_\_

### INFORMACION DEL TRABAJO

Nombre del empleador \_\_\_\_\_  
Direccion \_\_\_\_\_  
Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ # delCodigo \_\_\_\_\_

### INFORMACION DEL SEGURO

Nombre del Asegurado \_\_\_\_\_  
ultimo primero  
Fecha del nacimiento lo asegurado \_\_\_\_\_ ID # \_\_\_\_\_ Grupo # \_\_\_\_\_  
Direccion del asegurado \_\_\_\_\_  
Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ # delCodigo \_\_\_\_\_  
Nombre del empleador asegurado \_\_\_\_\_  
Direccion \_\_\_\_\_  
Calle Apt #  
Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ # delCodigo \_\_\_\_\_  
Relacion del asegurado lo paciente \_\_\_\_\_ uno mismo \_\_\_\_\_ esposo (a) \_\_\_\_\_ nino  
Nombre del seguro \_\_\_\_\_  
Direccion \_\_\_\_\_

## HISTORIA DENTAL

Cuando fue su ultima visita al dentista? \_\_\_\_\_  
Que tratamiento recibio? \_\_\_\_\_  
Porque usted solicita tratamiento dental? \_\_\_\_\_  
Tiene dolor in sus dientes? \_\_\_\_\_ Sensible a calientes, frios, dulces? \_\_\_\_\_ Sus encias sangran? \_\_\_\_\_  
Ha tenido complicaciones durante extracciones en el pasado? \_\_\_\_\_ E \_\_\_\_\_  
Le gusta la apariencia de sus dientes? \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_ No

## HISTORIA MEDICO

Como esta su salud en general? \_\_\_\_\_ excelente \_\_\_\_\_ bueno \_\_\_\_\_ malo  
Quien es su doctor general? Dr. \_\_\_\_\_  
Direccion \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_  
Ha tenido alguna enfermedad grave? \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_ No  
Ha estado usted hospitalizado (a) ? \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_ No  
Ha tomado alguna droga o medicina durante este ano? \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_ No  
Es usted alergico(a) a la penicilina, otra droga o medicina? \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_ No  
Fuma o ha fumado? \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_ No

### TIENE USTED O HA TENIDO ALGUNAS DE LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES:

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> problemas cardiacos            | <input type="checkbox"/> alergias                 | <input type="checkbox"/> doencas do figado |
| <input type="checkbox"/> marcapasso cardiaco            | <input type="checkbox"/> tratamiento psiquiatrico | <input type="checkbox"/> tiroide           |
| <input type="checkbox"/> valvula artificial del corazon | <input type="checkbox"/> desmaios                 | <input type="checkbox"/> doencas de pele   |
| <input type="checkbox"/> lesiones cardiacas congenitas  | <input type="checkbox"/> diabetes                 | <input type="checkbox"/> doencas venereas  |
| <input type="checkbox"/> soplo del corazon              | <input type="checkbox"/> artritis                 | <input type="checkbox"/> herpes            |
| <input type="checkbox"/> fiebre reumatica               | <input type="checkbox"/> tratamiento de cancer    | <input type="checkbox"/> SIDA              |
| <input type="checkbox"/> presion arterial alta          | <input type="checkbox"/> tumores                  | <input type="checkbox"/> hepatitis         |
| <input type="checkbox"/> presion arterial baja          | <input type="checkbox"/> problemas del rinon      | <input type="checkbox"/> glaucoma          |
| <input type="checkbox"/> colesterol                     | <input type="checkbox"/> reemplazo de la juntura  | <input type="checkbox"/> tuberculosis      |
| <input type="checkbox"/> asma                           | <input type="checkbox"/> sinusitis                | <input type="checkbox"/> depresion         |
| <input type="checkbox"/> ulcera(estomago/intestino)     | <input type="checkbox"/> epilepsia                | <input type="checkbox"/> embarazada        |
| <input type="checkbox"/> derrame cerebral               | <input type="checkbox"/> enfermedad pulmonar      | <input type="checkbox"/> otros             |

Si usted tiene alguna de las enfermedades acima explique \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Autorizo al personal de Unique Dental Care para que suministre el tratamiento dental que sea necesario.

Firma del paciente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_  
Firma del paciente o padre si es menor de edade \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_  
Revisado por \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_