



CAMBIOS EN EL HISTORIAL MÉDICO (favor de imprimir)

Si necesita mas espacio favor de utilizar la parte de atrás de esta pagina

Llenado por (marque uno): El paciente Madre Padre Otro: _____

1

Nombre: _____ Titulo: _____ FDN: _____
 Dirección: _____
 Tel. Casa _____ Tel. Trabajo: _____ Tel. Celular: _____
 Tel. preferido: _____ Correo electrónico: _____
Estudiantes: J/C M/J Colegio _____
 Su empleador: _____
 Dirección del empleador: _____
 Estado civil: _____ Nombre del cónyuge/pareja: _____
 Empleador del cónyuge / Su dirección: _____

Sólo para los menores de edad: Nombre(s) de(l)os padre(s): _____
 Tel. del trabajo del padre / Dirección: _____
 Tel. de trabajo de la madre / Dirección: _____

Información sobre su Plan de Seguro Dental:

Compañía: _____ No. de la Póliza: _____ No. del Grupo: _____
 Nombre completo del empleador: _____
 Nombre del empleado: _____ FDN del empleado: _____
 No. de seguro social del empleado: _____ Plan Individual o Familiar: _____

2

Historial Médico Nombre de su doctor: _____ Tel. de su doctor: _____
 Dirección de su doctor: _____ Fecha del último examen físico: _____
 Medicamentos que está tomando actualmente: _____

Favor marque si tiene actualmente, o alguna vez ha tenido, cualquiera de las siguientes condiciones:

<input type="checkbox"/> Condición cardiaca	<input type="checkbox"/> Sangrado prolongado	<input type="checkbox"/> Diabetes
<input type="checkbox"/> Fiebre reumática _____	<input type="checkbox"/> Sordera	<input type="checkbox"/> Asma
<input type="checkbox"/> Soplo del Corazón _____	<input type="checkbox"/> Epilepsia / ataques epilépticos	<input type="checkbox"/> Alergia a:
<input type="checkbox"/> Marcapasos _____	<input type="checkbox"/> Tuberculosis	Aspirina _____
<input type="checkbox"/> Otros _____	<input type="checkbox"/> Hepatitis A/B/C	Penicilina _____
<input type="checkbox"/> Articulación / placa / tornillos artificial	<input type="checkbox"/> Quimioterapia / radiación	Codeína _____
<input type="checkbox"/> Herpes I o II	<input type="checkbox"/> Cáncer / malignidad / tumor	Novocaína _____
<input type="checkbox"/> SIDA / VIH	<input type="checkbox"/> Problema mental / autismo	Látex _____
<input type="checkbox"/> Alta presión arterial	<input type="checkbox"/> Nerviosismo / Problemas psiquiátricos	Otros _____
<input type="checkbox"/> Baja presión arterial	<input type="checkbox"/> Cirugías Mayores _____	Otras Condiciones:

¿Usted fuma? No Si: ¿cuánto fuma? _____
Mujeres: ¿Está embarazada? Si No No estoy segura _____
 ¿Alguna información adicional que el doctor deba saber? _____

3

Por favor, firma y fecha, y lleve su licencia de conducir y tarjetas de seguro a la Recepción.

Fecha: _____ Firma: _____

PARA USO POSTERIOR – Si necesita más espacio favor de usar la parte de atrás de esta pagina

Fecha: _____ Cambios: _____
 Firma: _____
 Fecha: _____ Cambios: _____
 Firma: _____