



Special Need Dental Oficina: _____

Los problemas de salud que usted pueda tener, o los medicamentos que tome, podrían tener una interrelación importante con la odontología que recibirá. Gracias por responder a las siguientes preguntas de manera completa.

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ FECHA: _____

DIRECCIÓN: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

NÚMERO DE TELÉFONO: _____ CORREO ELECTRÓNICO: _____

Sexo:

SI	NO	RESPONDA LO SIGUIENTE:
		¿Fuma o usa tabaco?
		MUJER:
		¿Toma píldoras anticonceptivas?
		¿Está embarazada?
		¿Está amamantando?

SI	NO	ALERGIAS:
		Aspirina
		Codeína
		Anestésicos dentales
		Eritromicina
		Joyería
		Látex
		Metales
		Penicilina
		Tetraciclina
		Otra:

Si está embarazada, ¿cuántas semanas? _____

Altura: _____ Peso: _____

SI	NO	Condición:	SI	NO	Condición:
		Sangrado anormal			Cirugía de corazón
		Abuso de alcohol			Hemofilia
		Alergias			Hepatitis A
		Anemia			Hepatitis B
		Angina de pecho			Hipertensión
		Artritis			VIH SIDA
		Válvula cardíaca artificial			Problemas de riñón
		Articulaciones artificiales (rodilla, cadera, etc.)			Enfermedad del hígado
		Asma			Presión arterial baja
		Transfusión de sangre			Prolapso de la válvula mitral
		Quimioterapia contra el cáncer			Marcapasos
		Colitis			Pneumocystis
		Defecto cardíaco congénito			Problemas psiquiátricos
		Cirugía cosmética			Radioterapia
		Diabetes			Fiebre reumática
		Respiración dificultosa			Convulsiones
		Abuso de drogas			Enfermedad de la culebrilla Anemia drepanocítica
		Enfisema			Problemas de los senos nasales
		Epilepsia			Accidentes cerebrovasculares
		Desmayos			Problemas tiroideos
		Ampollas de fiebre			Tuberculosis
		Dolores de cabeza frecuentes			Úlceras
		Glaucoma			Enfermedad venérea
		Fiebre del heno			Ictericia amarilla
		Ataque al corazón			
Cualquier otra condición no listada:					

¿Ha tenido alguna cirugía mayor? _____

Medicamentos:**Información del seguro primario:**

Nombre y dirección del suscriptor: _____

Relación con el paciente: _____ Número de identificación: _____

Fecha de nacimiento del suscriptor: _____ Nombre de la compañía de seguros: _____

Dirección de la compañía de seguros: _____

Número de teléfono del seguro: _____ Grupo #: _____ Empleador: _____

Información secundaria del seguro:

Nombre y dirección del suscriptor: _____

Relación con el paciente: _____ Número de identificación: _____

Fecha de nacimiento del suscriptor: _____ Nombre de la compañía de seguros: _____

Dirección de la compañía de seguros: _____

Número de teléfono del seguro: _____ Grupo #: _____ Empleador: _____

Responsable del paciente: _____**Firma:** _____**Cualquier información adicional que crea que nuestro personal debe conocer para brindar la mejor atención posible:****Consentimiento:**

El abajo firmante autoriza al Doctor realizar todos los procedimientos de diagnóstico necesarios que se consideren apropiados para hacer un diagnóstico completo de las necesidades dentales u oral-faciales del paciente, incluyendo, entre otros, radiografías, modelos de estudio, fotografías, medicamentos y uso de agentes anestésicos locales.

Firma: _____