



Caring Dentistry of Naples

Historia médica

Aunque el personal dental trate principalmente el área en y alrededor de la boca, la boca es una parte de su cuerpo entero. Los problemas de salud que pueda tener, o medicamentos que esté tomando, podrían tener una importante interrelación con la odontología que recibirá. Gracias por contestar las siguientes preguntas.

¿Está usted bajo el cuidado de un médico? Sí No En caso afirmativo, explique: _____

Lista de medicamentos: _____

Alguna vez ha sido hospitalizado o ha tenido una operación mayor? Sí No En caso afirmativo, explique: _____

¿Alguna vez ha tenido una lesión en la cabeza o el cuello en serio? Sí No En caso afirmativo, explique: _____

No está tomando o ha tomado, Phen-fen o Redux? Sí No En caso afirmativo, explique: _____

¿Está usted en una dieta especial? Sí No En caso afirmativo, explique: _____

¿Utiliza sustancias controladas? Sí No En caso afirmativo, explique: _____

¿Utiliza el tabaco? Sí No En caso afirmativo, explique: _____

Mujeres está usted?

embarazada / Tratando de quedar embarazada? Sí No tomar anticonceptivos orales? Sí No enfermería? Sí No

¿Es usted alérgico a cualquiera de los siguientes?

aspirina penicilina codeína acrílico metal látex anestésicos locales

Otro caso afirmativo, explique: _____

SIDA / VIH	Sí No	La cortisona Medicina	Sí No	Hemofilia	Sí No	diálisis renal	Sí No
Enfermedad de Alzheimer	Sí No	Diabetes	Sí No	Hepatitis A	Sí No	fiebre reumática	Sí No
anafilaxia	Sí No	Drogadicción	Sí No	Hepatitis B o C	Sí No	Reumatismo	Sí No
Anemia	Sí No	fácilmente Winded	Sí No	Herpes	Sí No	escarlatina	Sí No
Angina	Sí No	Enfisema	Sí No	Presión arterial alta	Sí No	culebrilla	Sí No
Artritis Gota	Sí No	epilepsia o convulsiones	Sí No	urticaria o erupción	Sí No	Cellfalciformes	Sí No
Artificial válvula(Corazón)	Sí No	Sangrado excesivo	Sí No	hipoglucemia	Sí No	Sinusitis	Sí No
articulación artificial	Sí No	Sed excesiva	Sí No	irregular golpe de corazón	Sí No	espina bífida	Sí No
Asma	Sí No	Desmayos / Mareos	Sí No	Problemas de los riñones	Sí No	enfermedad estomacal / intestinal	Sí No
Enfermedad Sanguínea	Sí No	Tos frecuente	Sí No	leucemia	Sí No	Stroke	Sí No
Transfusión de sangre	Sí No	frecuentes Diarrea	Sí No	Enfermedad Hígado	Sí No	hinchazón de las extremidades	Sí No
Problemas respiratorios	Sí No	Dolores de cabeza frecuentes	Sí No	Presión arterial baja	Sí No	Enfermedad de tiroides	Sí No
moretones con facilidad	Sí No	genital herpes	Sí No	Enfermedad Pulmonar	Sí No	amigdalitis	Sí No
cáncer	Sí No	Glaucoma	Sí No	mitral prolapso de la válvula	Sí No	tuberculosis	Sí No
quimioterapia	Sí No	fiebre del heno	Sí No	Dolor en la mandíbula	Sí No	tumores o Crecimientos	Sí No
dolores en el pecho	Sí No	Ataque del corazón / fracaso	Sí No	articulaciones	Sí No	úlceras	Sí No
Herpes labial /	Sí No	soplo cardíaco	Sí No	Enfermedad Paratiroidea	Sí No	enfermedades venéreas	Sí No
Fiebre Ampollas	Sí No	corazón Marcapasos	Sí No	Atención Psiquiátrica	Sí No	ictericia amarillo	Sí No
Congenital Heart	Sí No	Problemas del corazón / Enfermedad	Sí No	tratamientos de radiación	Sí No		
Trastorno	Sí No			reciente pérdida de peso	Sí No		
Convulsiones	Sí No						

¿tiene, o ha tenido, cualquiera de los siguientes?

¿Ha tenido alguna enfermedad grave no mencionados anteriormente? Sí No. Si es así, explique: _____

Al mejor de mi conocimiento, las preguntas de este formulario han sido respondidas con precisión. Entiendo que proporcionar información incorrecta puede ser peligroso para mi salud (o del paciente). Es mi responsabilidad informar a la oficina dental de cualquier cambio de estado médico.

Firma del paciente, padre o guaridan _____



Caring Dentistry of Naples

registro del paciente

Nombre: _____ Apellido: _____ Inicial: _____

del paciente es: titular de la póliza

Nombre preferido: _____

responsable

Información del Paciente:

Nombre: _____ Last Nombre: _____ Inicial: _____

Dirección: _____ dirección 2: _____

ciudad, estado, código postal: _____ Teléfono de la casa: _____

Teléfono del trabajo: _____ Ext: _____ celular: _____

Sexo: masculino Femenino Estado civil: Casado individual Divorciado Separado Viudo

Fecha de Nacimiento: _____ Social seguridad: _____

E-mail: _____

Situación laboral: Tiempo completo Tiempo parcial Jubilado

Estudiante: Tiempo parcial Tiempo completo

Comentarios adicionales:

Información sobre el seguro primaria:

Nombre del Asegurado: _____ Relación con el asegurado: Auto cónyuge Otro niño

Soc Asegurado. Sec. : _____ Fecha de nacimiento del asegurado: _____

empleador: _____ Ins. Empresa: _____

Dirección: _____ Dirección: _____

ciudad, estado, código postal: _____ ciudad, estado, código postal: _____

Poliza de cancelacion de citas :

Nuestras horas de servicio se ofrecen por cita, su tiempo es importante para nosotros. Esta es un a oficina privada y no una "clínica", por lo tanto, la cita que usted haga, será tiempo que nosotros reservamos para usted. Como en muchas oficinas, nuestra oficina le llamara para confirmar su cita. Si usted no puede asistir, le pedimos que notifique a la oficina con 48 horas de anticipación, de lo contrario, se aplicará un **cargo de \$50** por no asistir a su cita, o por cancelar con menos de 24 horas de anticipación. Si nuestra oficina está cerrada, favor de dejar un mensaje en nuestro servicio de llamadas.

Si tiene alguna pregunta acerca de nuestra póliza, por favor siéntase libre de preguntarnos.

Firma del paciente, padre o guaridan _____