



Nombre: \_\_\_\_\_

Nombre de Médico: \_\_\_\_\_ Fecha de última visita: \_\_\_\_\_

¿Ha tenido alguna enfermedad o cirugía? sí \_\_\_ no \_\_\_ ¿Cuál: \_\_\_\_\_

**Para pacientes femeninas:**

¿Está embarazada? sí \_\_\_ no \_\_\_ ¿Esta amamantando? sí \_\_\_ no \_\_\_ ¿Control de la natalidad? sí \_\_\_ no \_\_\_

¿Requiere Ud. antibiótico antes de tratamiento dental? sí \_\_\_ no \_\_\_

**Por favor marque si tiene o ha tenido alguno de lo siguiente:**

- |   |   |  |   |
|---|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Adicción a drogas    | <input type="checkbox"/> Enfermedad de pulmones | <input type="checkbox"/> Hemofílico            | <input type="checkbox"/> Problemas de espalda     |
| <input type="checkbox"/> Alergia a latex      | <input type="checkbox"/> Enfermedad de reñones  | <input type="checkbox"/> Hepatitis             | <input type="checkbox"/> Radiación                |
| <input type="checkbox"/> Anemia               | <input type="checkbox"/> Enfermedad de sangre   | <input type="checkbox"/> Infartos              | <input type="checkbox"/> SIDA                     |
| <input type="checkbox"/> Asma                 | <input type="checkbox"/> Enfermedad venérea     | <input type="checkbox"/> Jaqueca               | <input type="checkbox"/> Soplo al corazón         |
| <input type="checkbox"/> Cáncer               | <input type="checkbox"/> Epilepsia              | <input type="checkbox"/> Marcapasos            | <input type="checkbox"/> Tos                      |
| <input type="checkbox"/> Colesterol alto      | <input type="checkbox"/> Es cardíaco            | <input type="checkbox"/> Nervioso/ansioso      | <input type="checkbox"/> Tratamiento de cortisone |
| <input type="checkbox"/> Coyuntura artificial | <input type="checkbox"/> Fibromialgia           | <input type="checkbox"/> Osteoporosis          | <input type="checkbox"/> Tratamiento de cancer    |
| <input type="checkbox"/> Cuidado psiquiatrico | <input type="checkbox"/> Fiebre Reumática       | <input type="checkbox"/> Pérdida de memoria    | <input type="checkbox"/> Tuberculosis             |
| <input type="checkbox"/> Desmayos             | <input type="checkbox"/> Glaucoma               | <input type="checkbox"/> Presión alta          | <input type="checkbox"/> Úlceras                  |
| <input type="checkbox"/> Diabetes             |   | <input type="checkbox"/> Problema de tiroides  | <input type="checkbox"/> Uso de tobacco           |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad de hígado |   | <input type="checkbox"/> Problemas circulación | <input type="checkbox"/> Válvula artificial       |
- Otra condicion: \_\_\_\_\_

**MEDICAMENTOS:** \_\_\_\_\_

**ALERGIAS:** \_\_\_\_\_

¿Hay algun cambio a información de contacto o seguro? sí \_\_\_ no \_\_\_ Si sí, complete el sección a continuación.

**INFORMACIÓN de CONTACTO**

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Teléfono casa: \_\_\_\_\_ Teléfono móvil: \_\_\_\_\_ Teléfono trabajo: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN de la ASEGURADORA**

Compañía de seguro primario: \_\_\_\_\_ Número de identificación: \_\_\_\_\_ Número de grupo: \_\_\_\_\_

Compañía de seguro secundario: \_\_\_\_\_ Número de identificación: \_\_\_\_\_ Número de grupo: \_\_\_\_\_

**CONTACTO DE EMERGENCIA**

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación con el paciente: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Al firmar, reconozco que he leído y respondido las preguntas anteriores a mi leal saber y entender.

\_\_\_\_\_  
Firma de paciente o padre sí el paciente es menor

\_\_\_\_\_  
Fecha