****

234 N. D Street ∙ San Bernardino, CA 92401 ∙ (909) 386-7878 ∙ (909) 386-7881 Fax

**PACIENTE NUEVO**

La siguiente información es confidencial y solo para nuestros archivos: POR FAVOR LETRA DE IMPRENTA

A. Paciente\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Fecha de Nacimiento\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Edad\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Direccion\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Telefona\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ciudad\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_State\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Zona\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Seguro Social #\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Email dirección\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre de su Trabajo\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Telefono\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Cell#\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dirección del Trabajo\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_State\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Zona\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ocupacion\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Que Tiempo\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

B. Parte Responsable\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Telefono\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Direccion\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_State\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Zona\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Seguro Social #\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Email dirección\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Empleo\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Telefono\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Direccion\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Cell #\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ocupacion\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Que tanto tiempo\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Parentesco con el paciente\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Biles a dirección A 🖵 B🖵

Seguranza Nombre\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Póliza Numero\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**HISTORIA DE SALUD**

Esta al widado del doctor o a estado en el último ano? SI 🖵 NO 🖵

Si es así, Nombre del Doctor\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ha tenido alguna enfermedad o operación seria? SI 🖵 NO 🖵 Si es así, que tipo?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Esta tomando alguna medicina o droga? SI 🖵 NO 🖵

Si es así, enlístelas \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Al tomar estos drogas ha experimentado alguna reacción conto ellas?

Aspirina SI 🖵 NO 🖵 Pastillas para Dormir SI 🖵 NO 🖵

Penicilina SI 🖵 NO 🖵 Anestésicos Dental SI 🖵 NO 🖵

Codeína SI 🖵 NO 🖵

Ha tenido alguna vez:

Problemas del corazón SI 🖵 NO 🖵 Hepatitis (Enfermedad del hígado) SI 🖵 NO 🖵

Ataque del corazón SI 🖵 NO 🖵 Diabetes (Azucaren la sangre) SI 🖵 NO 🖵

Murmuro del corazón SI 🖵 NO 🖵 Anemia SI 🖵 NO 🖵

Infarto SI 🖵 NO 🖵 Tuberculosis SI 🖵 NO 🖵

Alta presión SI 🖵 NO 🖵 **Enfermedades Venérea:**

Epilepsia SI 🖵 NO 🖵 Sífilis SI 🖵 NO 🖵

Problemas de Sangrado SI 🖵 NO 🖵 HIV SI 🖵 NO 🖵

Asma SI 🖵 NO 🖵 Gonorrea SI 🖵 NO 🖵

Alguien en su familia ha tiendo diabetes? SI 🖵 NO 🖵 Si es así, Quien?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Es usted una persona nerviosa? SI 🖵 NO 🖵 Fumar? SI 🖵 NO 🖵

**SOLO PARA MUJERES:** Esta tomando anti-conceptivos? SI 🖵 NO 🖵 Está embarazada? SI 🖵 NO 🖵

**PERMISO PARA OPERAR**

Declaro que yo, abajo firmante, consiento en la realización de cualquier operación que sea aconsejable o necesaria y en el uso de anestesia local o general, según este indicado.

Firma:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Fecha:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**AVISO DE RESPONSABILIDAD**

“Queda entendido que yo personalmente soy responsable por el costo de mi trabajo dental y que avisare a esta oficina de cualquier cambio en me seguranza dental o elegibilidad.”

Firma\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Fecha:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_