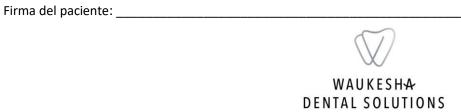
## Registro/Historial Médico

Información general:						
Nombre Completo Legal:	Ge	énero: □ H	□M			
Fecha de Nacimiento:	Seguro Social:					
Estado civil:   Menor   Soltero   Casado   Divorciado   Viudo   Separado						
Número de Teléfono: Celular: Hogar:						
Correo electrónico:						
Dirección:						
Ciudad, Estado, Código Postal:						
Parte responsable:						
Nombre de la parte responsable de esta cuenta:	Relación con el Paciente:					
Fecha de Nacimiento:	Seguro Social:					
Información de contacto de emergencia:						
Nombre del contacto de emergencia	Número de teléfono:					
Información del seguro:						
Nombre del Seguro:						
ID de miembro:	Número de grupo:					
Número de teléfono del seguro:	Empleador:					
Información médica general:						
Nombre del médico de atención primaria:						
¿Alguna vez ha sido hospitalizado o ha tenido una operación importante?						
¿Alguna vez has tenido una lesión grave en la cabeza o el cuello?						
Por favor, enumere cualquier medicamento, píldora o drogas:						
	116.6					
¿Alguna vez ha tomado Fosamax, Boniva, Actonel o cualquier otro medicamento que contenga bifosfonatos?						
¿Estás en una dieta especial?						
¿Consumes tabaco?						
¿Utilizas sustancias controladas?						



Mujeres: ¿Eres tú							
¿Embarazada?	¿Enfermería?			¿Toma antic	onceptivos orales?		
¿Tienes alergias? En caso afirmativo, sírvase encerrar en un círculo:							
Aspirina	Penicilina		Codeína		Acrílico		
Látex	Sulfa		Anestésicos locales		Metal		
¿Otras alergias? En caso afirmativo, por favor enumere:							
¿Tiene alguno de los siguientes? En caso afirmativo, sírvase encerrar en un círculo:							
SIDA/VIH	Medicina con cortisona		Hemofilia		Radioterapia		
Alzheimer	Diabetes		Hepatitis A		Pérdida de peso reciente		
Anafilaxis	Toxicomanía	1	Hepatitis B o C		Diálisis renal		
Anemia	Fácil de enro	ollar	Herpes		Fiebre reumática		
Angina	Enfisema		Presión arterial alta		Reumatismo		
Artritis/gota	Epilepsia o c	onvulsiones	Colesterol alto		Escarlatina		
Válvula cardíaca artificial	Sangrado ex	cesivo	Urticaria o sarpullido		Herpes zóster		
Articulación artificial	Sed excesiva	1	Hipoglucemia		Enfermedad de células falciformes		
Asma	Desmayos/n	nareos	Arritmia		Problemas sinusales		
Enfermedad de la sangre	Tos frecuent	e	Problemas renales		Espina bífida		
Transfusión de sangre	Diarrea freci	uente	Leucemia		Enfermedad estomacal/intestinal		
Problemas respiratorios	Dolores de d	Dolores de cabeza frecuentes Enferme			Golpe		
Moretones fácilmente	Genital Herpes		Presión arterial baja		Hinchazón de las extremidades		
Cáncer	Genital Herpes		Enfermedad pulmonar		Enfermedad de la tiroides		
Quimioterapia	Hay Fever		Prolapso de la válvula mitral		Amigdalitis		
Dolores en el pecho	Ataque/insu	ficiencia cardíaca	Osteoporosis		Tuberculosis		
Herpes labial/ampollas febriles	Soplo cardía	со	Dolor en las articulaciones de la mandíbula		Úlceras		
Trastorno cardíaco congénito	Marcapasos	cardíaco	Enfermedad paratiroidea		Enfermedad venérea		
Convulsiones	Problemas/e	enfermedades cardíacas	Atención psiquiátrica		Ictericia amarilla		
¿Alguna enfermedad grave no mencionada anteriormente? En caso afirmativo, por favor enumere:							
¿Tiene alguno de los siguientes? En caso afirmativo, sírvase encerrar en un círculo:							
Sensibilidad al frío		Sensibilidad al calor	Sensibilidad		al masticar		
Sensibilidad		Dificultad para masticar		Dolor de ma	ndíbula		
Encogimiento/molienda		Apareciendo/clic de la mar	ndíbula Dificultad pa		ara abrir/cerrar		
Nervioso en el dentista	Encías sangrantes		Comida atra		pada en los dientes		
¿Tiene alguna inquietud dental que no esté en la lista?							
Que yo sepa, las preguntas en el formulario han sido respondidas con precisión. Entiendo que proporcionar información incorrecta puede ser peligroso para mi salud (o la del paciente). Es mi responsabilidad informar al consultorio dental de cualquier cambio en el estado médico.							



Fecha: