

Village Family Dental
www.vfdental.com

Información Personal del Paciente			
Título	Apellido, Nombre	Fecha de Nacimiento	Edad
Dirección		Estado Marital	Sexo
Teléfono		# Trabajo	
Celular		# Licencia	
Ciudad, Estado, Código Postal	Estudiante	Seguro Social	
Correo Electrónico	Escuela / Colegio		
Persona Economicamente Responsable			
Título	Apellido, Nombre	Fecha de Nacimiento	Edad
Dirección		Estado Marital	Sexo
Teléfono		# Trabajo	
Celular		# Licencia	
Ciudad, Estado, Código Postal	Seguro Social		
Correo Electrónico			
Tiene usted Seguro/Plan Dental Primario?		Tiene usted Seguro/Plan Dental Secundario	
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
# de Póliza / Grupo	# de Póliza / Grupo		
Compañía de Seguro Dental	Compañía de Seguro Dental		
Lugar de Empleo	Lugar de Empleo		
Apellido/ Nombre del Beneficiario	Apellido / Nombre del Beneficiario		
Dirección del Beneficiario	Dirección del Beneficiario		
Ciudad, Estado, Código Postal	Ciudad, Estado, Código Postal		
Relación al paciente	Fecha de Nacimiento	Relación al paciente	Fecha de Nacimiento
# Seguro Social	# Seguro Social		
Información Médica del Paciente			

Alérgico a:	<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Problemas del Corazón	<input type="checkbox"/> Enfermedad Reumáticas del Corazón
<input type="checkbox"/> Ninguna Alergia	<input type="checkbox"/> Medicamentos para los huesos	<input type="checkbox"/> Soplo del Corazón	<input type="checkbox"/> Enfermedades Transmitidas Sexualmente
<input type="checkbox"/> No Epinefrina	<input type="checkbox"/> Problemas de Sangrado	<input type="checkbox"/> Hepatitis	<input type="checkbox"/> Respiración Corta
<input type="checkbox"/> Amoxicilina	<input type="checkbox"/> Transfusión de Sangre	<input type="checkbox"/> Hepatitis A	<input type="checkbox"/> Convulsiones
<input type="checkbox"/> Aspirina	<input type="checkbox"/> Problemas de la Vejiga/Vesícula	<input type="checkbox"/> Hepatitis B	<input type="checkbox"/> Deficiencia Inmune
<input type="checkbox"/> Barbitúricos/Pastillas para Dormir	<input type="checkbox"/> Problemas Respiratorios	<input type="checkbox"/> Hepatitis C	<input type="checkbox"/> Síndrome de Sjogren
<input type="checkbox"/> Codeína/ Otros Nárcoticos	<input type="checkbox"/> Bronquitis	<input type="checkbox"/> Problemas de Colesterol	<input type="checkbox"/> Problemas de Sinusitis
<input type="checkbox"/> Erytromycina	<input type="checkbox"/> Bulimia	<input type="checkbox"/> Presión Alta	<input type="checkbox"/> Cuidados Especiales
<input type="checkbox"/> Ibuprofen	<input type="checkbox"/> Cancer	<input type="checkbox"/> Alergias de la piel	<input type="checkbox"/> Úlceras Estomacales
<input type="checkbox"/> Yodo	<input type="checkbox"/> Marca Paso	<input type="checkbox"/> Dependencia a la insulina	<input type="checkbox"/> Derrame Cerebral
<input type="checkbox"/> Látex	<input type="checkbox"/> Quimoterapia	<input type="checkbox"/> Terapia Intravenosa	<input type="checkbox"/> Problemas de la Glandula Tiroides
<input type="checkbox"/> Anestéticos Locales	<input type="checkbox"/> Anginas/ Dolores en el pecho cuando se cansa	<input type="checkbox"/> Reemplazo de Coyunturas	<input type="checkbox"/> Tuberculosis
<input type="checkbox"/> Metales	<input type="checkbox"/> Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica	<input type="checkbox"/> Problemas del Riñon	<input type="checkbox"/> Tumores
<input type="checkbox"/> Penicilina	<input type="checkbox"/> Reemplazo de Válvulas del Corazón	<input type="checkbox"/> Leucemia	<input type="checkbox"/> Pérdida o Aumento de Peso Inusual
<input type="checkbox"/> Medicamentos de Sulfa	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Enfermedad del Hígado	<input type="checkbox"/> Otras Condiciones Médicas
<input type="checkbox"/> Otras Alergias	<input type="checkbox"/> Frecuencia de Boca Seca	<input type="checkbox"/> Presión Baja	<input type="checkbox"/> Vea otras notas
Marque si se aplica	<input type="checkbox"/> Abuso de Droga	<input type="checkbox"/> Problemas de Salud Mental	<input type="checkbox"/> DNU_Asthma / Alergia al Polen
<input type="checkbox"/> Acidez Estomacal	<input type="checkbox"/> Enfisema	<input type="checkbox"/> Prolapso de Válvula Mitral	<input type="checkbox"/> DNU_Anorexia / Bulimia
<input type="checkbox"/> ADD/ADHD	<input type="checkbox"/> Alergias Ambientales	<input type="checkbox"/> Terapia Oral	<input type="checkbox"/> DNU_Cancer / Tumores
<input type="checkbox"/> SIDA/VIH	<input type="checkbox"/> Epilepsia	<input type="checkbox"/> Transplante de Órganos	<input type="checkbox"/> DNU_Problemas del Corazón / Angina
<input type="checkbox"/> Abuso del Alcohol	<input type="checkbox"/> Desmayos	<input type="checkbox"/> Osteoporosis	<input type="checkbox"/> DNU_Ataques del Corazón / Derrame Cerebral
<input type="checkbox"/> Anemia	<input type="checkbox"/> Llagas de Fiebre - Lesiones de Herpes	<input type="checkbox"/> Terapia de Osteoporosis	<input type="checkbox"/> DNU_Desmayos / Convulsiones
<input type="checkbox"/> Aneurisma	<input type="checkbox"/> Dolores de Cabeza	<input type="checkbox"/> Premedicamentos	<input type="checkbox"/> DNU_Llagas / Herpes
<input type="checkbox"/> Angina	<input type="checkbox"/> Glaucoma	<input type="checkbox"/> Cuidado Psiquiátrico	<input type="checkbox"/> DNU_Abuso de Alcohol/Droga
<input type="checkbox"/> Anorexia	<input type="checkbox"/> Alergia al Polen	<input type="checkbox"/> Radiación	<input type="checkbox"/> DNU_Problemas de la Vejiga/Vesícula
<input type="checkbox"/> Artritis	<input type="checkbox"/> Ataques al Corazón	<input type="checkbox"/> Fiebre Reumática	<input type="checkbox"/> DNU_Anemia / Leucemia

Questionario Médico

Questionario Médico

No hay cambios - Lea el historial médico previo

Nombre de su Médico / Oficina medica

Teléfono de su médico

Contacto de Emergencia

Relación del Contacto de Emergencia / # de Teléfono

Esta usted bajo cuidado médico?

Si, cual es la condición tratada?

Ha tenido una enfermedad seria, cirugía o ha sido hospitalizado en los últimos 5 años?

Si, cual fue el problema o la enfermedad?

Usted ha tomado alguna vez la droga para controlar peso "Fen-Phen" ?

Usted esta tomando algún medicamento?

Si, cual?

Usted toma bebidas alcohólicas?

Usa productos de tabaco?

Cigarrillos

Usa tabaco que no produce humo?

Para Mujeres Solamente

Esta usted embarazada?

Si, cuando es la fecha del nacimiento?

Esta usted amamantando o lactando?

Usa usted medicamentos para terapia de reemplazo hormonal?

Usa usted pastillas anticonceptivas / drogas de fertilidad?

Para Pacientes menores de 18

Nombre de la Madre / Encargada

Nombre del Padre / Encargado

Notas / Comentarios Adicionales

Tiene alguna enfermedad, condición no nombrada? Por favor incluya

Tiene otras alergias no mencionadas?

Firmando en la parte inferior, Yo certifico, que basado en mi mejor conocimiento, toda la información es cierta.

Firma del
Pariente/Encargado

Fecha