

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_Atques 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