



Isla Dental

201 S

Rogers Rd

Irving, TX 75060

BIENVENIDO A NUESTRA OFICINA

Fecha: _____

Gracias por escoger nuestra oficina. Para poder servirle mejor necesitamos la siguiente información. (Letra de molde por favor) Esta información es confidencial.

Nombre Del Paciente: _____
Apellido Primer Nombre Iniciales

Seguro Social: _____ Genero: Masculino Femenino Fecha De Nacimiento: _____

Información de la persona responsable:

Apellido: _____ Primer Nombre: _____ Iniciales: _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal: _____

Número De Teléfono De Casa : _____ Teléfono de Celular _____

Teléfono De Trabajo: _____ Correo Electrónico: _____

Empleador: _____ Ocupación: _____ Número de años empleado: _____

Fecha De Nacimiento: _____ Relación Al Paciente: _____

A quien podemos agradecer por referirlo con nosotros? _____

Es aprensivo al tratamiento dental? SI NO

Sus dientes son sensibles al frío o caliente? SI NO

Le sangran las encías o se sienten irritadas? SI NO

Esta viendo a un Doctor General? SI NO

Si contesto si, por que razon lo estan tratando? _____

Nombre y dirección de su Doctor General: _____

Esta tomando algun medicamento(s)? _____

Si es mujer esta usted embarazada? SI NO Cuantos meses de gestación? _____

CIRCULE SI TIENE ALGUNA DE LAS SIGUIENTES CONDICIONES MEDICAS

-Enfermedad del Corazón -Úlcera -Quimioterapia - Emfisema Pulmonar -Presión Arterial Alta -Anemia

-Artritis -Nerviosidad -Enfermedades sanguíneas -Problemas del Riñón -Glaucoma -VIH+

-Epilepsia -Diabetes -Asma -Soplo Cardíaco -Tuberculosis - Hemofilia

-Fiebre Reumática Otro: _____

CIRCULE SI TIENE ALGUNA DE LAS SIGUIENTES ALERGIAS

-Anestesia Local -Penicilina -Sedantes o Medicamentos/Narcóticos Para Dormir -Aspirina -Codeína

-Sulfamida -Otros Narcóticos: _____

Si en algun momento yo tengo algun cambio en mi salud o algun cambio en las medicinas que tomo, yo le informare a mi dentista en la proxima cita. (FIRMA) _____