

DENTAL ACCESS CAROLINA, LLC—INFORMACION PERSONAL Y MEDICA

Nombre _____ Fecha de nacimiento (mm/dd/aa) ___ / ___ / ___
Nombre Medio Apellido
Sexo ___ Altura ___ Peso ___ Raza (haz un circulo) Blanco Negro Hispano Otros ___
Nombre de su doctor principal _____ Telefono _____ Fecha de la ultima consulta _____
Fecha de la ultima consulta dental _____ Nombre del dentista _____ Ciudad _____

INFORMACION MEDICA DEL PACIENTE

Sí No
___ ___ ¿Vd ha estado seriamente enfermo en los 5 años? Si la respuesta es si explique: _____
___ ___ ¿Vd ha estado hospitalizado o ha estado seriamente enfermo? Si la respuesta es si explique: _____
___ ___ ¿Le ha dicho su doctor que tome antibioticos antes de TODO tratamiento dental?

¿VD ESTA TOMANDO ALGUANA DE LOS SIGUIENTES MEDICAMENTOS?

Sí No Sí No
___ ___ Antibióticos (Penicilina, etc.) ___ ___ Insulina (medicamento de diabeticos)
___ ___ Anticoagulantes (licuarla sangree) ___ ___ Medicamentos para la presion arterial
___ ___ Antihistaminicos (Benadryl, etc.) ___ ___ Nitroglicerina
___ ___ Aspirinas (Advil, Nuprin, etc.) ___ ___ Sulfas
___ ___ Cortisona (Esteroides) ___ ___ Tranquilizantes
___ ___ Digitalis (medicina para el Corazon) ___ ___ Orros, Por favor enumere: _____

¿ES UD ALERGICO O HA TENIDO ALGUNA REACCION ALERGICA A?

Sí No Sí No Sí No
___ ___ Antibioticos (Penicilina, etc.) ___ ___ Anestesico Local ___ ___ Látex
___ ___ Barbituricos (Pastillas para dormir) ___ ___ Narcoticos (Codeina, etc.) ___ ___ Tinte Rojo
___ ___ Sulfas ___ ___ Orros, Por favor enumere _____

¿UD TIENE O HA TENIDO?

Sí No Sí No Sí No
___ ___ SIDA/HIV Positivo ___ ___ Asma/Fiebre ___ ___ Endroge las interacciones
___ ___ Quimioterapia ___ ___ Alergias ___ ___ Epilepsia asimiento
___ ___ Problema de desangrado ___ ___ Cortisona/Esteroides ___ ___ Desmayos frecuentes
___ ___ Anemia ___ ___ Cancer o tumors ___ ___ Problems para respirar
___ ___ Diabetes-Azucar ___ ___ Adiccion a las drogas ___ ___ Problemas en la cabeza
___ ___ Problemas cardiacos o ___ ___ Hepatitis ictericia ___ ___ Problemas con los rinones
___ ___ Urticaria ___ ___ Prostetic cadera/valvula del corazon ___ ___ Problems psicologicos
___ ___ Dolores de cabeza frecuentes ___ ___ Problems con el higado ___ ___ Problema sinusal
___ ___ Ataque al corazon ___ ___ Fiebre reumatica/enfermedades dee reuma al corazon
___ ___ Problemas de tiroides ___ ___ Radiacion a la cabeza/Cancer al cuello
___ ___ Enfermedades venerias ___ ___ Tuberculosis/Problemas con los pulmones

¿Tiene alguna otra condición médica que deberíamos saber? Si es así, explique: _____

