

WELCOME TO THE FAMILY

Fecha _____

Nombre y Apellido _____ Fecha de Nacimiento _____

Direccion _____ Cell # _____

Ciudad _____ Estado _____ Codigo postal _____ Casa # _____

Persona responsable _____ Cell # _____

Direccion _____ Casa # _____

Correo Electronico _____

Nombre de su Empleador _____ Trabajo# _____

Seguro Dental

Compania de Seguro _____

Direccion _____

Nombre del participante _____ Fecha de Nacimiento _____

Relacion con el paciente _____

Nombre de su dentista _____ Direccion _____

Nombre de su doctor _____ Telefono# _____

Fecha de su ultimo examen dental? _____

Usted a visto al doctor recientemente? _____ Razon? _____

Usted esta tomando alguna medicinz? _____ Nombre de la medicina _____

Usted tiene Alergias ? _____ Usted fuma cigarrillos? _____

A usted le gusta su sonrisa? _____

	Si	No	Usted ha tenido:	SI	No
1. Usted usa drogas ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas del Corazon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Usted ha estado en el hospital por una cirugia o enfermedad en los ultimos 5 años?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ataque Cardiaco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Por favor explique _____			Derrame cerebral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Usted toma o ha tomado Fen-Phen/Redux?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fiebre Reumatica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Uste ha tomado Fosamax, Boniva, Actonel or aluna medicina para el cancer que contenga Bisphosphonates?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Usted toma medicina para adelgazar la sangre? ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hepatitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Usted ha tenido un replazo de la rodilla, cadera, o el replazo de alguna articulacion?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problema renal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Usted toma algun beta-blockers?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problema de cuagulacion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			HIV/SIDA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Otro _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			*** Usted esta embarazada?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Todos los servicios profesionales son cobrados al paciente. Las formas del seguro dental se completaran como una cortesia hacia usted. Todos los cargos deben pagarse al momento de la visita

Paciente / Firma de los padres _____ Seguro Social# _____