



GREEN PARK

DENTISTRY

NOMBRE		DIRECCION (PO BOX/CALLE)	
CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL	TEL. CASA
TEL. TRABAJO	SEXO M / F	ESTADO CIVIL	CELULAR
FECHA DE NACIMIENTO	SS#	OCCUPACION	
NOMBRE CONYUGE		OCCUPACION/ TEL. CONYUGE	
SEGURO DENTAL SI/NO		ID#	
NOMBRE DEL ASEGURADO		FECHA DE NACIMIENTO	
SE REFIERE A (Marque uno) Páginas Amarillas		POR FAVOR ESCRIBA NOMBRE Y # DE TELEFONO DE UN PARIENTE CERCANO QUE NO VIVA CON UD. PARA CASOS DE EMERGENCIA	
Amigo TV / Ubicación de la familia / de muestra de Internet de correo directo			

SÍ NO 1. ¿Ha habido algún cambio en su salud general en el último año? _____

SÍ NO 2. ÚLTIMO EXAMEN FÍSICO FUE ACTIVADO _____

NOMBRE DE SU MÉDICO _____

SÍ NO 3. ¿TIENE ALGUNA ENFERMEDAD GRAVE, FUNCIONAMIENTO O HOSPITALIZADO EN LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS?

SI ESTA, ¿CUÁL ES LA ENFERMEDAD O EL PROBLEMA? _____

SÍ NO 4. ¿ESTÁ USTED ACTUALMENTE TOMANDO MEDICAMENTOS EN ESTE MOMENTO?

POR FAVOR, INDIQUE TODOS LOS MEDICAMENTOS QUE ESTÁ USTED ACTUALMENTE TOMANDO. INCLUYE CUALQUIER VITAMINA HERBAL, MEDICINA DE RECETA, O SOBRE EL CONTADOR _____

¿USTED HA SIDO TRATADO O ESTÁ USTED ACTUALMENTE TRATANDO PARA CUALQUIERA DE LO SIGUIENTE?

LESION DE LAS VALVULAS DEL CORAZON	SINUSITIS	INFLAMACION DE LAS ARTICULACIONES
VALVULAS ARTIFICIALES DEL CORAZON	ASMA	ULCERA ESTOMACAL
ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR	CATARRO (ALERGIA)	ACIDEZ EXCESIVA
SOPLO CARDIACO	DESMAYOS	PROBLEMA DEL HIGADO
PROBLEMA DEL CORAZON	ATAQUES REPENTINOS	TUBERCULOSIS
ENFERMEDAD REUMATICA DEL CORAZON	DIARREA PERSISTENTE	TOS PERSISTENTE
ATAQUE AL CORAZON	PERDIDA RECIENTE DE PESO	INFAMACION DE LAS GLANDULAS DEL CUELLO
ANGINA	DIABETES	PRESION ARTERIA BAJA

INSUFICIENCIA CORONARIA	HEPATITIS	ENFERMEDAD TRANSMITIDA SEXUALMENTE
OCLUSION CORONARIA	ICTERICIA	EPILEPSIA
PRESION ARTERIAL ALTA	ENFERMEDAD DEL HIGADO	ENFERMEDAD NEUROLOGICA
ARTERIOESCLEROSIS	SIDA	PROBLEMAS MENTALES
EMBOLIA CEREBRAL	PROBLEMAS DE LA TIROIDES	CANCER
DOLOR EN EL PECHO POR ESFUERZO	PROBLEMAS RESPIRATORIOS	PROBLEMAS DEL SISTEMA INMUNE
DIFICULTAD PARA RESPIRAR	EFISEMA	HEMORRAGIAS ANORMALES
INFLAMACION DE LOS TOBILLOS	BRONQUITIS	TRANSFUSION DE SANGRE
DEFECTOS CONGENITOS DEL CORAZON	ARTRITIS	ANEMIA
MARCAPASOS CARDIACO		

SI NO 5. LISTE ALGUNAS ALERGIAS CONOCIDAS DE DROGAS

SÍ NO 6. ¿ES ALÉRGICO A LOS METALES? _____ TIPO _____

SI NO 7. ¿Alguna vez tuvo una reacción de piel a la JOYERÍA? _____

SÍ NO 8. ¿TIENE ALGUNA ENFERMEDAD, CONDICIÓN O PROBLEMA, NO ESTABLECIDO ANTERIORMENTE QUE USTED PIENSA QUE DEBO ¿SABER SOBRE? _____

SI NO 9. ¿ESTÁ EMBARAZADA O ENFERMERA? _____

SÍ NO 10. ¿ESTÁ USTED TOMANDO CONTROL DE NACIMIENTO?

SI NO 11. USTED UTILIZA CUALQUIER FORMA DE TABACO? _____ ¿CUÁNTOS AÑOS?

SÍ NO 12. ¿TIENE ALGÚN PROBLEMA GRAVE ASOCIADO CON CUALQUIER TRATAMIENTO DENTAL ANTERIOR? _____
EN SU CASO, POR FAVOR EXPLIQUE _____

SÍ NO 13. ¿SE SANGUEN LAS GOMAS? _____

SÍ NO 14. ¿HA NOTIFICADO ALGUNA GOTA QUE GOLPEA ALREDEDOR DE DIENTES?

SI NO 15. ¿LE GUSTARÍA LOS DIENTES BLANCOS? _____

SI NO 16. ¿ESTÁN INSATISFECIDOS CON SUS DIENTES Y SU APARIENCIA? _____

SI NO 17. Cuándo fue su último tratamiento dental _____

SÍ NO 18. ¿CUÁL ES SU PRESENTE PROBLEMA DENTAL? _____

SÍ NO 19. ¿TOMA DROGAS RECREATIVAS? _____

SI NO 20. PODEMOS texto que para recordarle sus citas? _____ TELÉFONO # _____

CERTIFICO QUE HE LEÍDO Y ENTIENDO LO ANTERIOR. RECONOZO QUE MI PREGUNTA SI CUALQUIERA, SOBRE LAS INVESTIGACIONES ESTABLECIDAS ANTERIOR HA SIDO RESPONDIDO A MI SATISFACCIÓN. NO MANTENDO A MI DENTISTA, NI A CUALQUIER OTRO MIEMBRO DE SU PERSONAL, RESPONSABLE DE CUALQUIER ERROR O OMISION QUE PUEDA HABER HECHO EN LA FINALIZACIÓN DE ESTE FORMULARIO. YO SOY TAMBIÉN CONSCIENTE DE QUE SOY RESPONSABLE DE TODOS LOS COSTOS DE TRATAMIENTO.

FIRMA HOY FECHA

CORREO ELECTRÓNICO:
