

Registro Del Paciente

Fecha

Teléfono Particular

Nombre del Paciente

Fecha da Nacimiento

Sexo F M

Dirección

Cuidad

Estado

Código Postal

En casa de emergencia, a quién deberá notificar?

Historia Clinica

Nombre del Médico

Fecha del Último Examen Físico

- ¿Ha tenido Ud. alguna vez algo de lo siguiente? (marque las casillas que correspondan)
- Problemas del Corazón Epilepsia Dieta Especial
 - Presión Sanguinea Alta Dolores de Cabeza
 - Glándulas del Cuello Hinchadas
 - Presión Sanguinea Baja
 - Hepatitis, Ictericia o Enfermedad del Hígado
 - Fiebre Reumática Problemas Circulatorios Cáncer
 - Problemas de la Sinus Problemas Nerviosos
 - Tratamiento Siquiátrico
 - VIH/SIDA u Otros Trastornos Inmunosupresores
 - Articulaciones o Valvulas del Corazon Artificiales
 - Alergias e Anestiasias Embolia Cerebral
 - Radioterapia Diarrea Cronica Úlcera
 - Reciente Pérdida de Peso Alergias a Medicinas o Drogas
 - Problemas de las Espalda Alergias Generales
 - Enfermedades Venéreas Diabetes Drogaadicción
 - Enfermedades Respiratorias Artritis Hemofilia

¿Tiene Ud. alguna alergia a medicamentos, o ha tenido Ud. alguna vez una reacción adversa a algún medicamento? Si afirmativa, ¿a que?

¿Esta tomando Ud. actualmente algún medicamento? Si afirmativa, ¿cual?

¿Ha reaccionado Ud. alguna vez adversamente a un tratamiento médico o dental?

¿Ha tornado Ud. alguna vez algún medicamento del grupo al que se le conoce como "fenfen" (fenphen, en ingles). Esto incluye combinaciones de lonimin, Adipex, Fastin (nombres de marcas de fentermina), Pondimin (fenfluramina) y Redux (dexenfluramina).

- Si No

¿Está Ud. bajo el cuidado de un médico? Si No

¿Por el tratamiento de qué condiciones?

Si el paciente es un niño, ¿cuánto pesa el niño?

(Mujeres) ¿Sospecha Ud. que está embarazada? Si No

¿Está Ud. amamantando a un bebé? Si No

¿Hay alguna otra cosa que nosotros debiéramos saber sobre su historia clínica?

La información de arriba es correcta y completa, a mi leal saber y entender, y se proporciona con el único objeto de que se use en mi tratamiento, para facturación, y para procesamiento ante el seguro de los beneficios a los que tengo derecho. Yo no haré responsable a mi dentista ni a ningún integrante de su personal por errores u omisiones que yo pudea haber cometido al llenar este formulario.

Fecha

Firma