

Charles Nunnally, D.D.S. - Informacion del Paciente y Consentimiento para Tratamiento

Por favor de completar y firmar esta forma antes de empezar su tratamiento.

Nombre del paciente: _____
 Direccion: _____
 Ciudad: _____, Codigo Postal: _____
 Numero de seguro social: _____
 Estado civil: _____
 Persona responsable por la cuenta: _____
 Direccion de la persona responsable: _____
 Nombre de la compania de seguro dental: _____
 Asegurado: _____
 Empleador: _____
 Contacto de emergencia: _____

Apodo: _____
 Altura: _____ Peso: _____
 Tel. de la casa: _____
 Tel. de trabajo: _____
 Fecha de nacimiento: _____
 Sexo: Mujer Hombre
 Fecha de nacimiento: _____
 Numero de seguro social: _____
 Numero de grupo: _____
 Ocupacion: _____
 Numero de licencia: _____
 Tel.: _____

Referido por: Amigo(a) Sitio de internet Familiar Trensito Paginas amarillas Otra

Historia Medica del Paciente - Confidencial

Que problemas dentales tiene hoy? _____

Su salud dental es: Excelente Buena Regular Mala

Su salud general es: Excelente Buena Regular Mala

Doctor familiar: _____ Fecha de ultima visita: _____

Direccion del doctor: _____ Telefono del doctor: _____

Favor de marcar si tiene o ha tenido los siguientes problemas medicos: ✓

- | | | | |
|-------------------------------------|--|---|---|
| Tos <input type="checkbox"/> | Enfermedad del corazon <input type="checkbox"/> | Hepatitis <input type="checkbox"/> | Soplo <input type="checkbox"/> |
| Anemia <input type="checkbox"/> | Problemas de la tiroide <input type="checkbox"/> | Glaucoma <input type="checkbox"/> | Diabetes <input type="checkbox"/> |
| Sinusitis <input type="checkbox"/> | Enfermedades de sangre <input type="checkbox"/> | Problemas del higado <input type="checkbox"/> | Artritis <input type="checkbox"/> |
| VIH o SIDA <input type="checkbox"/> | Remplasmamiento de huesos <input type="checkbox"/> | Fiebre reumatica <input type="checkbox"/> | Marcapasos <input type="checkbox"/> |
| Ulzeras <input type="checkbox"/> | Ataque del corazon <input type="checkbox"/> | Tuberculoso <input type="checkbox"/> | Cancer <input type="checkbox"/> |
| Epilepsia <input type="checkbox"/> | Enfisema <input type="checkbox"/> | Alta/baja presion <input type="checkbox"/> | Alguna cirugia <input type="checkbox"/> |

Describe cancer o cirugia (Favor de anotar las fechas) _____

Tiene otro problema medico que no ha sido mencionado? SI NO

Favor de explicar: _____

Usted esta tomando medicamentos? SI NO

Usted esta tomando pondimin, redux, o phen phen? SI NO

Favor de nombrar todos los medicamentos que esta tomando: _____

Puede usar la parte de atras del informativo

Es alergico(a) a: Penicilina Codeina Anesthesia dental Latex Otras: _____

A sido tratado con radiografias (aparte de diagnosticas)? SI NO

Si, explique: _____

Para mujeres, esta embarazada? SI NO Si, cuantos meses? _____

Para mujeres, usted esta dando pecho? SI NO Si, cuantos meses? _____

Usted sangra por un largo tiempo? SI NO Si, porque? _____

Usted se desmaya facilmente? SI NO Si, porque? _____

Usted fuma? SI NO Si, por cuanto tiempo? _____

Tiene problemas respiratorios? SI NO Si, desde cuando? _____

Ha tenido transfusion de sangre? SI NO Si, cuando? _____

Autorizacion para Tratamiento

Con mi firma, yo autorizo exámenes y tratamiento por el Dr. Charles Nunnally. Yo entiendo que los trabajos dentales, como los tratamientos medicos, pueden variar de paciente a paciente y los resultados no son garantizados. Con mi firma yo certifico que mi historia medica esta completa y correcta, yo tambien entiendo que soy responsable del costo de mi tratamiento.

Firma del paciente responsable: _____ Fecha: _____

Padre o guardian legal si el paciente es menor de edad o legalmente incapacitado.

Testigo: _____ Fecha: _____