



Hudson Family Dental

INFORMACION DEL PACIENTE FECHA:

Nombre: _____ Apellido: _____
 Fecha de Nacimiento: _____ Seguro Social: _____
 Telefono: _____ Telefono de Trabajo: _____ Ext: _____
 Direccion: _____ Apt: _____
 Ciudad: _____ Estado: _____Codigo: _____
 Sexo: M _____ F _____ Estado Civil: Soltero _____ Casado _____ Separado _____ Viudo _____
 Como se entero de nuestra oficina? _____

HISTORIA MEDICA DEL PACIENTE

1. Sufre de lo siguiente?

SI NO

SI NO

- A. Reumatismo
- B. Enfermedad cardiovascular
- C. Alta presión
- D. Baja presión
- E. Enfermedad neurologica (epilepsia, desmallos)
- F. Diabetes
- G. Artritis
- H. Hepatitis A/ B
- I. Asma
- J. Enefermedad del estomago (úlceras)
- K. Enfermedad intestinal (pólipos)
- L. Enfermedad de riñón

- M. Cáncer
- N. Leucemia
- O. Neumonía
- P. Tuberculosis
- Q. Sífilis, Gonorrea
- R. Anemia
- S. Tiroide
- T. Glaucoma
- U. Herpes Genital
- V. Sida/ HIV positive
- W. Cuidado siquiatico
- X. Otro: _____

2. Ha estado hospitalizado/ tenido una operacion? _____

3. Esta bajo el cuidado de un medico? _____

4. Para mujeres: Está embarazada? Cuantos meses? _____

5. Está tomando alguna medicina? Liste la dosis: _____

6. **ALERGIAS:** Anesteticos locales, Anestesia general, Xilocaina, Novocaína, Penicilina, Motrin, Codeina, Latex, Metal, Sulfas. Otro: _____

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

Relacion al menor (si aplica): _____ Firma: _____