



East Village Dental Centre

Gary Treinkman, DDS & Associates

901 N. Ashland Ave.

Chicago, IL 60622

Tel: (773) 278-6622

www.ev dental.com

Información del Paciente

Fecha de hoy: _____

Nombre: _____ Sexo M F

Fecha de nacimiento: ___/___/___ Edad: ___ S.S. #: _____ No. Licencia de Manejar: _____

Soltero(a) Casado(a) Divorciado(a) Viudo(a)

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Zona Postal: _____

Teléfono _____ Celular: _____ Correo Electrónico: _____

Ocupación: _____ Nombre de su trabajo: _____

Número Telefónico de su trabajo: _____ Por cuanto tiempo a estado empleado? _____

¿Recomendado a esta oficina por?

Páginas Amarillas 1-800 Dentista Internet Anuncio de enfrente

La Persona Para Contactar en Caso de Emergencia

El/Ella Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: _____

¿Tiene seguro dental? Sí No

Método preferido de pago: Efectivo Cheque Tarjeta de Crédito Financiamiento

Historia Dental

¿Porqué viene al dentista hoy? _____

Dentista/Ubicación Anterior: _____ Cuando fué el último examen: _____

¿Porqué dejo de visitar a su dentista? _____

	<u>SI</u>	<u>NO</u>
¿Actualmente usted tiene dolor?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Tus encías sangran?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Aprieta usted o rechina los dientes?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Dientes son sensibles al frio/caliente?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Tiene dentaduras o parcial?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Está interesado en aprender acerca de injertos dentales?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Está feliz con su sonrisa?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¿Si no, que le gustaría cambiar? _____

CONTINUA ATRAS

Historia clínica

¿Tiene un médico personal?..... Sí No

Nombre de Médico:_____ Teléfono:_____ Cuando fué el último examen:_____

Su salud física actual es: Bueno Regular Pobre

¿Está usted actualmente bajo el cuidado de un médico?..... Sí No

Si sí, explica por favor _____

¿Fuma usted o utiliza tabaco en cualquier otra forma?..... Sí No

Las Mujeres Sólo:

¿Está usted embarazada o piensa que usted puede estar embarazada? Sí No

¿Está amamantando? Sí No

¿Toma usted píldoras anticonceptivas? Sí No

¿Es usted alérgico a cualquiera del siguiente?

S N Aspirina

S N Barbitúricos

S N Codenia

S N Anestésico locales -Novocain

S N Erythromycin

S N Joyería/metales

S N Látex

S N Penicilina

S N Sedativos

S N Drogas de Sulfa

S N Tetracycline

S N Otro

Enliste por favor drogas/materias adicionales que causa reacciones alérgicas:_____

¿Toma usted cualquier medicina incluyendo la medicina sin receta?..... Sí No

¿Si sí, qué medicina es usted tomando?_____

¿Ha tomado usted Fosamax, Boniva, Actonel o cualquier

medicina de cáncer que contienen bisphosphoates?..... Sí No

¿Ha estado usted en el hospital, por cualquier razón, dentro de los últimos 5 años?..... Sí No

Si sí, explica, por favor:_____

S N Sangrando anormal

S N Abuso de alcohol

S N Anemia

S N Artritis

S N Huesos/empalmes artificiales

S N Válvulas artificiales

S N Asma

S N Transfusión de sangre

S N Contusión fácilmente

S N Cáncer

S N Quimioterapia

S N Colitis

S N Defecto congénito del corazón

S N Diabetes

S N Respiración de la dificultad

S N Abuso de drogas

S N Enfisema

S N Epilepsia

S N Se desmaya fácilmente

S N Glaucoma

S N Fiebre del heno

S N Dolores de cabeza

S N Ataque del corazón

S N Soplo en el corazón

S N Cirugía del corazón

S N Hemofilia

S N Hepatitis

S N Herpes

S N Tensión arterial alta

S N HIV+/AIDS

S N Problemas del riñón

S N Enfermedad del hígado

S N Tensión arterial baja

S N Prolapso de la válvula mitral

S N Marcapasos

S N Problemas psiquiátricos

S N Radioterapia

S N Fiebre reumática

S N Ataques de apoplejía

S N Anemia Drepanocítica

S N Problemas de sinusitis

S N Terapia de esteroides

S N Ataques

S N Problemas de la tiroides

S N Amigdalitis

S N Tuberculosis (TB)

S N Úlceras

S N Enfermedad venérea

Liste por favor alguna condición médica grave que usted ha experimentado:_____

Autorización

Afirmo que la información que he dado es correcto según mi saber y entendimiento. Será contenido la confianza más estricta y es mi responsabilidad de informar a esta oficina de cualquier cambio en mi estatus médico. Comprendo que soy responsable de pago de servicios rendidos. He leído y por la presente consiento y reconozco que mi acuerdo a los términos expone en la AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD.

X

La firma de paciente(o el cría/guardián si menor)

Fecha