



Oquawka Site
PO Box 198
Oquawka, IL 61469
309-867-2770
877-350-2385 (toll-free)
309-867-3205 (fax)

Stronghurst Site
PO Box 240
Stronghurst, IL 61480
309-924-2424
866-346-1337 (toll-free)
309-924-1389 (fax)

Fecha: _____ Fecha de nacimiento: _____ Nombre preferido: _____

Paciente: _____
Apellido nombre Segundo nombre

Domcillio _____

Ciudad /Estado _____ Código: _____

Teléfono _____ correo electrónico: _____ Seguro Social _____

Estado Civil: Soltero(a) Casado(a) Divorciado Viuda(o)

Género: Masculino Femenino Indiferente

Pronombres preferidos: _____

Identidad de Género: Masculino Femenino Masculino a Femenino Femenino a Masculino Otro (Por favor de explicar): _____

Orientación sexual: Heterosexual Lesbiano(a), Gay o Homosexual Bisexual Inseguro Prefiero no revelar Otro (Por favor explique) _____

Raza/Etnicidad: americano (no Hispano o Latino) Negro/Afroamericano (no Hispano o Latino) Hispano o Latino (toda raza) Indio Americano/Nativo de Alaska asiático Nativo de Hawái Otro de Islas del Pacifico

Empleado _____ # De Empresa _____ Ext _____

Nombre de esposa(o) _____ Fecha de nacimiento _____

Nombre de contacto en caso de emergencia _____ Teléfono: _____

Seguranza Dental

Nombre de Seguranza _____ Nombre del Asegurado: _____

Fecha de nacimiento y Seguro del asegurado: _____

Historia Medica

Nombre de Medico personal: _____ Teléfono: _____

Última visita al doctor _____ / _____ / _____

Nombre de dentista anterior _____ Ultima cita _____

(PARA MUJERES) Está embarazada? Sí No : _____ Esta amamantando? Sí No

¿Tomando pastillas contraceptivas? Sí No

¿Ha tenido enfermedades serias o operaciones? Sí No

Por favor explique: _____

Farmacia _____ Numero de teléfono _____

¿Ha sido diagnosticado con una condición que requiere medicamento antibiótico una hora antes de algún tratamiento dental? (pre ejemplo: reemplazo de articulación) Sí No

¿Ha tenido tratamiento intravenoso o medicamento que ayuda contra el cáncer o osteoporosis? Sí No

Tiene algún alergia a medicamentos: Sulfa, Látex, Penicilina, Aspirina, Codeina, o otros medicamentos: Sí No
Por favor explique:

Si esta tomando medicamentos, vitaminas, o hierbas suplementes, por favor anote los nombres:

Por favor de marcar SI o NO si ha tenido una de esta problemas o enfermedades:

Uso de alcohol	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Herpes	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Problemas Mentales	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Alergia/fiebre de heno	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Mareos	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Tratamiento Radiación	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Anemia	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Glaucoma	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Enfermedad Respiratoria	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Artritis	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Depresión	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Fiebre Reumática	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Asma	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Enfermedad cardiaca	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Diabetes	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Autismo	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Hepatitis TIPO _____	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Problemas nasales	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Artificial válvulas de corazón	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	HIV/AIDS	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Endoprotesis vascular	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Enfermedad de sangre	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Ictericia	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
Cáncer	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Presión Alta	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Accidente cerebrovascular	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Dolor de cabeza	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Dolor Mandibular	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Problemas del tiroides	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Quimioterapia	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Reemplazo articulo	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Tuberculosis	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Problemas circulatorias	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	(Rodilla, cadera etc.)		Enfermedad de Riñón	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Lesiones cardíacas	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Ulcera	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Enfermedad del Hígado	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Tratamientos cortisonas	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Presión Baja	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Le salen moretones fácilmente	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Toz Persistente	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Marcapasos	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Cuidado fisiátrico	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Pérdida de audición	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Corto De aliento	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Drogas recreacional	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Diabetes	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Enfisema	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Fuma	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Epilepsia	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>				

Por favor explique si marco "SI": _____

Otras enfermedades o condiciones: _____

1. El firmante autoriza el doctor que tome radiografías, estudie modelos, fotografías, o cualquier otro diagnostico apropiado por el doctor para poder diagnosticar el tratamiento necesario para el paciente y su salud dental.
2. Según mi conocimiento, la información que les estoy dando es correcta y preciso. Yo entiendo que, aunque tenga seguridad, Yo seré responsable por los servicios prestados. Yo autorizo que se realice cualquier información que requiere mi compañía de seguridad relacionado a mis reclamos dentales.
3. También autorizo a el doctor que realice tratamiento recomendado y conforme por los dos, para usar el medicamento y terapia indicado por los tratamientos in conexión a (nombre de paciente) _____.

Firma de padre o guardián _____ Fecha _____