

**Bienvenido a EZ Dental**

Como se entero de nosotros?(por TV, cual estacion?) \_\_\_\_\_

Apellido \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ 2ndo Nombre \_\_\_\_\_

Genero (Circular Uno)    Hombre    Mujer    Estado Civil:            S    C    V    D

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Seguro Social: \_\_\_\_\_

Empleo: \_\_\_\_\_ Telefono de Empleo: \_\_\_\_\_

Telefono de Casa: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

Como prefiere que nos comuniquemos con usted: \_\_\_\_\_

Direccion: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Zip: \_\_\_\_\_

**Aseguranza**

Nombre de Aseguranza: \_\_\_\_\_ Telefono#: \_\_\_\_\_ Grupo#: \_\_\_\_\_

Apellido de Asegurado \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ 2nd Nombre \_\_\_\_\_

Genero (Circular Uno)    Hombre    Mujer            Fecha de Nacimiento

Nombre de Empleo: \_\_\_\_\_ Seguro Social: \_\_\_\_\_

**Historia de Salud (Favor de marcar si tiene o a tenido lo siguiente)**

- |                          |                       |                                   |                       |  |
|--------------------------|-----------------------|-----------------------------------|-----------------------|--|
| Problemas de Corazon     | <input type="radio"/> | Tuberculosis                      | <input type="radio"/> |  |
| Aparto en el Corazon     | <input type="radio"/> | Problemas con respirar            | <input type="radio"/> |  |
| Fiebre Reumatica         | <input type="radio"/> | Asma                              | <input type="radio"/> |  |
| Alta Presion             | <input type="radio"/> | Epilepcia                         | <input type="radio"/> | SOLO MUJERES:                                |
| Baja Presion             | <input type="radio"/> | Artritis                          | <input type="radio"/> | Esta embarazada <input type="radio"/>        |
| VIH/Sida                 | <input type="radio"/> | Enfermedad Sexual                 | <input type="radio"/> | Esta dando pecho <input type="radio"/>       |
| Diabetes                 | <input type="radio"/> | Cancer de los Rinones             | <input type="radio"/> | Toma Anti-conceptivos* <input type="radio"/> |
| Anemia                   | <input type="radio"/> | Problemas previo con extracciones | <input type="radio"/> |  |
| Derrame Cerebral/Embolio | <input type="radio"/> | Mal aliento/mal sabor en la boca  | <input type="radio"/> | *Antibioticos podrian afectar                |
| Hepatitis                | <input type="radio"/> | Mastica de un solo lado           | <input type="radio"/> | los anticonceptivos alterando                |
| Sagramiento Excesivo     | <input type="radio"/> | Sensibilidad al frio o dulces     | <input type="radio"/> | su efectividad. Consulte a su                |
| Articulaciones Reparadas | <input type="radio"/> | Dolor en la quijada e oidos       | <input type="radio"/> | medico sobre otros metodos.                  |
| Cancer de los pulmones   | <input type="radio"/> | Esta en tratamiento de radiacion  | <input type="radio"/> |  |
| Tratamiento Psiquiatrico | <input type="radio"/> | Inyecciones de Fosamax or Acteno  | <input type="radio"/> |  |

Tiene algun alergia a medicamentos or materiales? \_\_\_\_\_

Que medicamentos esta tomando?: \_\_\_\_\_

Cual es la razon por su visita hoy? \_\_\_\_\_

Toma algun tipo de anticoagulante como Plavix, Coumadin, o aspirina de 100mg o mas? \_\_\_\_\_

He leído y entiendo la informacion indicada arriba, incluso atestigo que la informacion que les he dac esta correcta y no mantengo el dentista ni a sus asociados de EZ Dental responsables de algun error e omision en esta forma por parte mia.

Firma (o persona responsable, si es menor): \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

