

INFORMACIÓN PERSONAL	FECHA: _____
Nombre completo _____	Sexo : <input type="radio"/> Feminina <input type="radio"/> Masculino
Dirección: _____	Estado civil: <input type="radio"/> Casado
Ciudad, Estado, Código Postal: _____	<input type="radio"/> Soltero <input type="radio"/> Divorciado <input type="radio"/> Viudo
Apodo: _____	SS#: _____
Teléfono de casa: _____	Fecha de nacimiento: _____
Teléfono de trabajo: _____	_____
Número de celular: _____	E-mail _____

Quien Lo Referiro: Nombre de persona: _____
 Seguro Directorio de telefono Internet Z dentistry Website
 Otro (especifique) _____

INFORMACION DE SEGURO – No llene esta parte si Usted es la persona que tiene el seguro.

Nombre completo _____	Teléfono de casa: _____
Dirección: _____	Teléfono de trabajo: _____
Ciudad, Estado, Código Postal: _____	Celular: _____
Estado de empleo: <input type="radio"/> Tiempo completo <input type="radio"/> Tiempo parcial <input type="radio"/> Retirado	SS#: _____
Patron: _____	Fecha de nacimiento: _____
Seguro dental: _____	Sexo : <input type="radio"/> Feminina <input type="radio"/> Masculino
Estado civil: <input type="radio"/> Casado <input type="radio"/> Soltero <input type="radio"/> Divorciado <input type="radio"/> Viudo	

HISTORIA DENTAL

Dentista previo: _____ Fecha de sus últimos rayos-x: _____ Fecha de su última cita: _____

Cuales problemas tiene?.

<input type="radio"/> Mal olor de boca	<input type="radio"/> Moliendo la quijada	<input type="radio"/> Sensitivo al calor
<input type="radio"/> Sangramiento de encías	<input type="radio"/> Dientes sueltos/Quebrados	<input type="radio"/> Sensitivo a dulces
<input type="radio"/> Retiniedo de quijada	<input type="radio"/> Tratamiento Periodontal	<input type="radio"/> Sensitivo al morder
<input type="radio"/> Comida entre los dientes	<input type="radio"/> Sensitivo al frio	<input type="radio"/> Mal de garganta

Cuántas veces usa el hilo dental? _____ Cuántas veces se cepilla los dientes? _____

HISTORIAL MEDICO

Medico: _____

Telephono de Medico: _____

Cuales Medicamentos Toma? _____
_____**A tenido algun cirugia en los ultimos 12 meses?** Si No Que tipo? _____

Tiene Alergias?: Ninguna Alergias

Aspirina Antibioticos Metales Otras (especifique)

Codeine Joyas Penicilina

Anastesia dental Látex Tetracycline

Fuma? Si No

Solo Para Mujeres Usa algun metodo de contracepcion? Si No

Esta embarazada? Si No Cuantas semanas tiene de embarazo? _____

Le esta dando pecho a su bebe? Si No

Por Favor Marque Si Tiene Las Enfermedades Que Siguien.

- | | | | | |
|--|---|--|---|--|
| <input type="radio"/> Necesita Antibioticos | <input type="radio"/> Cancer | <input type="radio"/> Epilepsia | <input type="radio"/> Hipertensión | <input type="radio"/> Terapia de radiación |
| <input type="radio"/> Sangramiento abnormal | <input type="radio"/> Chemotherapia | <input type="radio"/> Desmayo | <input type="radio"/> Problemas de los Riñones | <input type="radio"/> Fiebre reumática |
| <input type="radio"/> Alcoholismo | <input type="radio"/> Colitis | <input type="radio"/> Ampollas de fiebre | <input type="radio"/> Problemas del Igado | <input type="radio"/> Zoster |
| <input type="radio"/> Anemia | <input type="radio"/> Corazon defectivo congenito | <input type="radio"/> Dolores de cabeza | <input type="radio"/> Baja presión de sangre | <input type="radio"/> Sickle cell disease |
| <input type="radio"/> Angina pectoris | <input type="radio"/> Cirugia cosmetica | <input type="radio"/> Glaucoma | <input type="radio"/> Problemas de los Pulmones | <input type="radio"/> Problemas de sino |
| <input type="radio"/> Artritis | <input type="radio"/> Diabetes | <input type="radio"/> SIDA+ HVI | <input type="radio"/> Prolapso de la Valvula Mitral | <input type="radio"/> Infarcto cerebral |
| <input type="radio"/> Huesos artificiales | <input type="radio"/> Problemas con respiracion | <input type="radio"/> Infarcto del corazon | <input type="radio"/> Osteoporosis | <input type="radio"/> Problemas del tiroides |
| <input type="radio"/> Valvula del corazon artificial | <input type="radio"/> Abusador de drogas | <input type="radio"/> Cirugia del corazon | <input type="radio"/> Marca paso del corazon | <input type="radio"/> Tuberculosis |
| <input type="radio"/> Asma | <input type="radio"/> Anorexia o Bulimia | <input type="radio"/> Hemophilia | <input type="radio"/> Problemas psiquíatrias | <input type="radio"/> Úlceras |
| <input type="radio"/> Transfución de sangre | <input type="radio"/> Enfisema | <input type="radio"/> Hepatitis | | <input type="radio"/> Venéreo |

AUTORIZACION

La informacion que he puesto arriba es correcta dentro de mi conocimiento.
Entiendo que soy responsable por todos los cargos cuando mi seguro pague o no.
Certifico que yo, o mis dependientes tienen cobertura con y que yo quiero que la seguridad pague directamente al Dr. Zatarain todos los beneficios de mi seguro dental que me pertenecen por sus servicios. Dr. Zatarain puede usar mi informacion de salud y solamente puede darle esta informacion a la compañía de mi seguro y sus agentes para obtener pago por sus servicio o para obtender pago por los beneficios de mi seguro.

Firma _____ Fecha _____

Imprima su nombre: _____