

**Bienvenido a nuestra oficina**

**Nombre:** \_\_\_\_\_ **Fecha de Nacimiento:** \_\_\_\_\_

**Nombre de los padres (si es un menor):** \_\_\_\_\_

**Numero de seguro social:** \_\_\_\_\_

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

**Ciudad/Estado/ZIP Code:** \_\_\_\_\_ **Telefono:** \_\_\_\_\_

**Direccion de trabajo:** \_\_\_\_\_

**Ciudad/Estado/ZIP Code:** \_\_\_\_\_ **Telefono:** \_\_\_\_\_

**Fecha del ultima reconocimiento medico:** \_\_\_\_\_ **Razon:** \_\_\_\_\_

**Nombre del medico:** \_\_\_\_\_ **Telefono:** \_\_\_\_\_

**Por favor conteste cada pregunta**

**Tienes ahora o has sido tratado por las siguientes enfermedades? (marce cada una)**

Diabetes	si no	alta precion	si no	Tuberculosis	si no
Hepatitis	si no	Propension a sangrar	si no	Therapia de Radiacion	si no
Herpes	si no	Dolor de pecho	si no	Therapia con Cortizona	si no
Asthma	si no	Tobillos inflamdos	si no	Chemotherapia	si no
Bronchitiis	si no	Fiebre Rheumatica	si no	Convulciones	si no
Anemia	si no	Soplo de corazon	si no	SIDA	si no
HIV Positivo	si no	Otra enfermedad	_____		

**Indique de las siguiente enfermedades los cuales usted sufre? (sea especifico)**

Problemas del Corazon \_\_\_\_\_ Problemas del Hgado \_\_\_\_\_  
Problemas de los Pulmones \_\_\_\_\_ Problemas de los Rinones \_\_\_\_\_

**Indique si usted tiene alergia a las siguiente medicinas? (marce cada una)**

Penicilina	si no	Drugas de sulfra	si no	Novacain	si no
Codeina	si no	Aspirina	si no	Pastillas de dormir	si no
Otras formas de drogas	_____				

**Por favor indique todas las medicinas que usted estad tomando** \_\_\_\_\_

**Esta embarazada?** \_\_\_\_\_ **Esta al cuidado de un medico? Porque?** \_\_\_\_\_

**A estado hospitalizado entre los pasados 5 anos? Porque?** \_\_\_\_\_

**Tiene problema de respiracion cuando hace un poco de fuerzo?** \_\_\_\_\_

**Cuando fue la ultima vez que se hizo un reconocimiento dental?** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Signatura (si es menor, la firma de los padres) \_\_\_\_\_ relacion

\_\_\_\_\_  
repassado por \_\_\_\_\_ fecha