



### Registracion/ Historia Medica

Primer Nombre \_\_\_\_\_ Apellido \_\_\_\_\_  
 Fecha de nacimiento \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ SS# \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_  
 Si es menor de edad, nombre de padre \_\_\_\_\_  
 Casado(a) \_\_\_\_\_ Soltero(a) \_\_\_\_\_  
 Direccion: \_\_\_\_\_ Apt# \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Codigo postal \_\_\_\_\_  
 Telefono de Casa: (\_\_\_\_) \_\_\_\_ - \_\_\_\_ Celular: (\_\_\_\_) \_\_\_\_ - \_\_\_\_ Trabajo: (\_\_\_\_) \_\_\_\_ - \_\_\_\_  
**Correo electronico :** \_\_\_\_\_  
 En caso de emergencia, nombre y telefono de persona a la cual podamos llamar: \_\_\_\_\_  
 Telefono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_ - \_\_\_\_  
 Motivo de su visita hoy: \_\_\_\_\_ Referido por: \_\_\_\_\_

Tiene seguro dental: no  si   
 Nombre de su seguro: \_\_\_\_\_ A nombre de quien esta el seguro: \_\_\_\_\_  
 Fecha de nacimiento de persona primaria en el seguro \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_  
 Numero de identificacion: \_\_\_\_\_ Telefono de su seguro: (\_\_\_\_) \_\_\_\_ - \_\_\_\_

**Historia Medica** :marque "si" o "no" si ha padecido o tiene algunas de las siguientes:

<b>Anemia</b>	si / no	<b>Diabetes</b>	si / no	<b>Hepatitis</b>	si / no	<b>Fiebre Rheumatica</b>	si / no
<b>Cancer</b>	si / no	<b>Ulceras</b>	si / no	<b>Soplo Cardiaco</b>	si / no	<b>Marcapaso</b>	si / no
<b>Presion Alta</b>	si / no	<b>Presion Baja</b>	si / no	<b>Osteoporosis</b>	si / no		

**Esta usted embarazada** si / no **Sangramiento abnormal** si / no  
**Alguna condicion del Corazon** si / no **cual:** \_\_\_\_\_  
**Protesis en alguna parte del cuerpo** si / no **en donde:** \_\_\_\_\_

**Alergias:** marque "si" o "no" si tiene alergias a algunas de las siguientes:

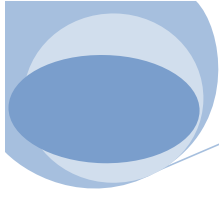
**Penicilina** si / no **Aspirina** si / no **Sulfa** si / no **Yodo** si / no **Otro** \_\_\_\_\_

Esta tomando algunas de las siguientes medicinas: **Plavix** si / no **Coumadin** si / no **Fosomax** si / no  
 Algun otro anticoagulante si / no Cual \_\_\_\_\_

Esta tomando alguna medicina con o sin receta? si / no  
 Cuales: \_\_\_\_\_

Esta usted bajo tratamiento medico? si / no Porque razon? \_\_\_\_\_  
 Nombre de su doctor \_\_\_\_\_ Telefono (\_\_\_\_) \_\_\_\_ - \_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_



J. A. Llera, D.D.S., P.A.