



5610 N Lombard St.
Portland, OR 97203
(503) 283-2553

Fecha: _____

Información General:

Nombre Completo: _____ Nombre Preferido _____

Fecha de Nacimiento: _____ Edad: ____ Numero de Seguro Social: _____

Genero (Marque uno): Masculino Femenino No-binaria Transgénero

Pronos Preferidos: (Marque uno): El Ella Elle Otro: _____

Número de Teléfono: _____ Correo Electrónico: _____

Método de comunicación preferido (Marque Uno): Teléfono Correo Electrónico Texto

Domicilio: _____ Ciudad: _____ Estado: ____ Código Postal: _____

Idioma Preferido (Marque uno) Ingles Español Ruso Otro _____

¿Ocupa Interprete? (Marque uno) Si No

Si es el paciente su hijo/hija/hije, Nombre de los padres: _____

Si usted esta llenando este formulario para alguien, por favor díganos su nombre y relación con el paciente.

¿Cual es la razón de su visita hoy? _____

Información de la Aseguranza:

Nombre de la Persona en la Póliza _____

Fecha de Nacimiento: _____

Nombre de la compañía de aseguranza: _____

Numero de ID: _____ Numero de Grupo: _____

Número de teléfono de aseguranza: _____

¿Quien es el principiante de la póliza? (Marque uno): Yo Esposo/Esposa

Historial Dental (Si lo sabe):

Nombre de Dentista o oficina Dental Anterior: _____

Fecha de última cita: _____ Razón por la cita _____

Número de teléfono de la oficina: _____ Domicilio _____

A quien le Podemos agradecer esta referencia _____

Historia Medica en la Próxima Pagina



5610 N Lombard St.
Portland, OR 97203
(503) 283-2553

Historia Medica y Dental

Nombre de Proveedor Medico y Oficina _____

Ciudad: _____ Número de teléfono: _____

Fecha de ultima examinación medica _____

Lista de Medicamentos tomando actualmente, Incluyendo los no recetados:

Por Favor Responda Si o No

- | | |
|---|--|
| 1. ¿Esta en Buena Salud?..... Si No | l. Ulcera estomacales Si No |
| 2. En el último año, a tenido cambios en su salud? .. Si No | m. Problemas de riñones Si No |
| 3. ¿Esta en tratamiento con su doctor ahorita? Si No | n. Presión alta o baja Si No |
| ¿Si Marco Si, por cual razón? _____ | o. Enfermedades transmitidas Sexualmente .. Si No |
| _____ | p. Epilepsia/Enfermedad Neurológica Si No |
| 4. En los pasados 5 años, a tenido una enfermedad grave, | q. Problemas con el órgano de bazo..... Si No |
| ¿cirujia o vistas al hospital?..... Si No | r. Apnea del Sueño Si No |
| 5. ¿Ha tomado el medicamento Aredia, Zometa, Fosamax, | s. Salud mental/emocional Si No |
| Actonel, or Boniva?..... Si No | t. Historia de fumar Si No |
| 6. ¿Tiene o a tenido alguno de las siguientes condiciones? | u. Transfusión de Sangre Si No |
| a. Válvula del corazón dañada o artificial, soplo | v. Anemia o Problemas con sangre..... Si No |
| cardiaco, o enfermedad cardiaca reumática? | 7. Ha tenido sangramiento anormal?..... Si No |
| Si No | 8. Ha tenido tratamiento para un tumor Si No |
| b. Enfermedad cardiovascular, ataque al corazón, | 9. Es alérgico a o a tendió reacción con: |
| derramé celebrar y/o angina de pecho Si No | a. Anestesia loca Si No |
| c. Osteoporosis Si No | b. Penicilina u otro antibiótico Si No |
| d. Cáncer Si No | c. Medicamentos con Sulfa Si No |
| Si marco Si, Recibió quimioterapiaSi No | d. Sedativos, medicamento para dormir... Si No |
| e. Asma o Fiebre del HenoSi No | e. AspirinaSi No |
| f. Desmayos o convulsiones..... Si No | f. Yodo.. Si No |
| g. Diabetes Si No | g. Codeína o otros Narcóticos Si No |
| h. Hepatitis, ictericia, o Enfermedad de | h. Otro _____ |
| hígado..... Si No | |
| i. SIDA o VIH.....Si No | |
| j. Problemas de Tiroides..... Si No | |
| k. Problemas respiratorios o bronquitisSi No | |

Solo Mujeres:

10. Esta Embarazada? Si No
Si marco si, cuando se alivia: _____
11. Esta lactando..... Si No



5610 N Lombard St.
Portland, OR 97203
(503) 283-2553

Historia Medica/Dental (cont).

¿Requiere acomodaciones especiales? Si No

Si marco si, por favor explique: _____

Tiene alguna(s) otras condiciones o alguna cosa que nos haga saber? Si No

Si marco si, por favor explique: _____

Después de radiografías y examinación inicial, se le dará un plan de tratamiento, que incluye el estimado de costo. El estimado es basado en las condiciones diagnosticadas el día del examen; circunstancias imprevistas pueden ocurrir después del estimado inicial. En adicional, algunos cargos pudieran ser si ocupa tratamiento de conducto (endodoncia).

Reconozco que soy financieramente responsable de todos los cargos; si es necesario efectuar cobros sobre cualquier monto adeudado en esta o en visitas posteriores, Firmando abacojo acepta pagar todos los costos y gastos, incluidos los honorarios de abogados necesarios. Por la presente autorizo al médico a divulgar la información necesaria para garantizar el pago, y me han informado que habrá un cargo del 8 % sobre cualquier saldo impago por mes.

Certifico que he leído y entiendo la información anterior. Reconozco que mis preguntas, si las hubiera, sobre las consultas establecidas anteriormente han sido respondidas satisfactoriamente. No responsabilizaré a mi dentista ni a ningún miembro de su personal por ningún error u omisión que pueda haber cometido al completar este formulario.

Firma de Paciente (o Padre(s))

Fecha: _____

Firma de persona asistiendo llenar forma

Fecha: _____

Firma de Dentista- E. Ramirez, DMD

Fecha: _____

