

**Bienvenidos A**

**Cameo Endodontics, Ltd.**

Por Favor Completé Los Dos Lados

**Información Del Paciente**

Apellido \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ # De Seguro Social \_\_\_\_\_

Por favor marque Uno:  Soltero(a)  Casado(a)  Viudo(a)  Divorciado(a)  Separado(a)

Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Zona postal \_\_\_\_\_

Teléfono de casa(\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Teléfono de trabajo(\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Teléfono celular \_\_\_\_\_ Mejor lugar donde le podemos llamar \_\_\_\_\_

Profesión \_\_\_\_\_ Empleado por \_\_\_\_\_

Dirección del trabajo \_\_\_\_\_

Dentista que lo referio \_\_\_\_\_

**Información Del Seguro Dental Principal**

Nombre de la compañía \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Telefono(\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ # Del Grupo \_\_\_\_\_

Nombre de la persona asegurada \_\_\_\_\_ Seguro Social \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento del asegurado \_\_\_\_\_ Empleado por \_\_\_\_\_

**Información Del Segundo Seguro Dental**

Nombre de la compañía \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Telefono(\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ # Del Grupo \_\_\_\_\_

Nombre de la persona asegurada \_\_\_\_\_ Seguro Social \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento del asegurado \_\_\_\_\_ Empleado por \_\_\_\_\_

**Si Es Menor De Edad (Menor de 21 Años)**

Nombre de los padres \_\_\_\_\_ Seguro Social \_\_\_\_\_

Telefono de casa(\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Teléfono De Trabajó(\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

## Información Medica

Si alguna vez ha tenido (por favor circule Sí o No)

<b>Problemas de Corazon</b>	<b>Sí</b>	<b>No</b>	<b>Fiebre Reumatica</b>	<b>Sí</b>	<b>No</b>
<b>Convulsiones</b>	<b>Sí</b>	<b>No</b>	<b>Asma</b>	<b>Sí</b>	<b>No</b>
<b>Presión Alta</b>	<b>Sí</b>	<b>No</b>	<b>Problemas de Tiroides</b>	<b>Sí</b>	<b>No</b>
<b>Problemas con el sistema nervioso</b>	<b>Sí</b>	<b>No</b>	<b>Anemia</b>	<b>Sí</b>	<b>No</b>
<b>Hemorragias Sanguinias</b>	<b>Sí</b>	<b>No</b>	<b>Hepatitis</b>	<b>Sí</b>	<b>No</b>
<b>Diabetis</b>	<b>Sí</b>	<b>No</b>	<b>Sida</b>	<b>Sí</b>	<b>No</b>

¿Está actualmente tomando o a tomado medicamentos disphosphonate, tales como -Actonel, Fosomax, o Zometa- dentro de los pasados doce años? Sí No

¿Ha tenido un reemplazo de caderas, conjunturas, o vagulas sanguinias? Sí No

En caso afirmativo ¿cuando? \_\_\_\_\_

¿Le ha recomendado su medico que se tome un antibiotico antes de las citas dentales por cualquier razon? Sí No

¿Ha tomado medicinas para su corazón o alta presión? Sí No

¿Está tomando alguna clase de medicina, droga, alcohol, o pildora por alguna razon? Sí No

En caso afirmativo ¿que esta tomando? \_\_\_\_\_

¿Es alergico a alguna medicina, droga, o comida? Sí No

En caso afirmativo ¿a que es alergico? \_\_\_\_\_

¿Es alergico a alguna anestesia local? Sí No

¿Es alergico a goma de latex? Sí No

¿Ha estado bajo el cuidado de un medico a traves del pasado año? Sí No

Nombre del medico \_\_\_\_\_

¿Hay alguna condición de su salud que el doctor deberia saber? Sí No

Si afirmativo ¿cual es? \_\_\_\_\_

¿Ha recibido un tratamiento radicular de canales antes? Sí No

**Mujeres** esta usted embarazada o dando de amamantando? Sí No

Con lo mejor de mi conocimiento, certifico que estos datos pertenecientes a mi salud estan correctos.

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

