



Idaho Falls Dental Group

HISTORIA DENTAL-MEDICO

Nombre de Doctor _____ Ciudad _____

HISTORIA MEDICO

ESPLIQUE

Esta debajo de tratamiento medico? por que? Si ___ No _____
 Esta tomando medicamentos o drogas Si ___ No _____
 (incluyendo Planacion de Familia, _____
 pastillas, aspirina, pastillas de dieta _____
 Se le a hecho operaciones Si ___ No _____
 Esta embarazad? Que tantos meses? Si ___ No _____
 Tiene usted riaciones alerjicas a conidas Si ___ No _____
 o drogas incluyendo penicilian _____
 Tiene usted Asthma, o excema? Si ___ No _____
 Por lo presente esta en una dieta? Si ___ No _____
 De que clase _____
 Generalmente tiene buena salud? Si ___ No _____

Alta Preccion	SI ___ No ___	Hepatitis	Si ___ No ___
Efermedad de Corazon	Si ___ No ___	Transufiones de sangre	Si ___ No ___
Efermedad de Pulmones	Si ___ No ___	Desordenes de sangre o	
Diabetes	Si ___ No ___	problemas de sangre	Si ___ No ___
Calentura Rhumatica	Si ___ No ___	Enfermedads de riniones	Si ___ No ___
		Enfermedads Vineras	Si ___ No ___

No tiene otros problemas medicas que son significate? _____

HISTORIA DENTAL

Por lo pronto tiene problemas dentales? Que? Si ___ No _____
 Le sangran las encia? Cuando? Si ___ No _____
 Esta molesto con mal aliento? Si ___ No _____
 No tiene areas inflamadas o doloridas?Donde? Si ___ No _____
 No tiene bolas, o areas inchadas en su lengua,
 cachete,quijada, o labios? Donde? Si ___ No _____
 Usted aprieta o rechina los dientes? Cuando? Si ___ No _____
 Le duele boca cuando la aprieta? Cuando? Si ___ No _____
 Tiene dolor en o cercas del oido? Si ___ No _____
 Usa solamente un lado para mascar? Por Que? Si ___ No _____
 Tiene dientes que son delicados al agua
 saliente o fria, a los dulces o preccion?
 Indice donde. Si ___ No _____

Donde le tomaron los ultimos radiografia x indice le fecha _____

Bite-Wing radiografia (2 to 4 rayos) _____ Toda voca raidografia _____

FIRMA _____

Yo dio permisso para esta persona menor y asumo la responsibilidad en connecion con tal tratamiento y gastos.

FIRMA de PADRES _____

Nombre _____ Fecha _____

Fecha de Nacimiento ____/____/____ Sexo _____ Edad _____

Seguro Social _____ Estado de persona Pongale un circulo:
soltero casado divorciado viudo separado

Persona responsable por la cuenta _____

Seguro Social _____ Fecha de Nacimiento _____

Domicilio de casa _____

Telefono _____ Pongale una palomita _____ Dueño _____ Renta

Empleo _____ Ocupacion _____

Domicilio de trabajo _____ Telefono de trabajo _____

Nombre de esposa _____

Trabajo de esposa _____ Telefono de trabajo _____

Nombre, domicilio, y telefono de un parente que no vive con usted

SEGURANSA

Nombre de seguransa dental _____

Numero de grupo _____ Miembro _____

Dia de efectivo _____ Nombre de quien esta apuntado en el suguro

Depart. de assistencia publica ____ Si ____ No Numero de caso _____

ACCUERDO DE EXTENCION DE CREDITO

En accordencia con el ACTO FEDERAL EN VERDAD-EN-PRESTAMOS se requiere que el doctor le disponga al paciente la informacion en coneccion de credito extendido, por favor seia avisado de las reglas que applican en esta ofecina la persona responsable queda applican de acuerdo con lo siguiente:

1. Le pagare al doctor al monemto de tratamineto o sevico recibido, o por areglos anterior.
2. Que si los pagos son extenidos por mas de 30 dias de la fecha del primer cobro se le pagara 1.75% por mes en el balance que resta. Yo/quedo de acuerdo de pagar los gastos/0 gastos responsable de un abogado si el balance se pone en manos de una Agencia o Abogado por colleciono demanda

Fecha _____ Nombre de responsable _____