

# SUNNY DENTAL

## INFORMACION PERSONAL

EL APELLIDO		PRIMERO NOMBRE	
DIRECCION		APT#	
CIUDAD	ESTADO	AREA POSTAL	
TELEFONO DE SU CASA		TELEFONO CELULAR	
FECHA DE NACIMIENTO	CUANTOS ANOS TIENE?	MASCULINO/FEMENINO	SOLTERO/CASADO
EN CASO DE EMERGENCIA AVISAR A:		SEGURO SOCIAL#	

## INFORMACION DE SU ASEGURADO

NOMBRE DE SU ASEGURANZA	
NOMBRE DEL ASEGURADO	SEGURO SOCIAL DEL ASEGURADO#
LUGAR DE TRABAJO	TELEFONO DE TRABAJO

1. Quien lo referio? \_\_\_\_\_
2. Razon de su visita? \_\_\_\_\_
3. Esta ud. En buena salud? NO [ ] SI [ ] Explique por favor. \_\_\_\_\_
4. Esta tomando alguna medicina? SI [ ] NO [ ] A que? \_\_\_\_\_
5. Tiene alergia a medicinas? SI [ ] NO [ ] A que? \_\_\_\_\_
6. Por favor circule "Si" o "No" si ha tenido Ud. Alguno de los siguientes problemas:

Falla cardiaca congestiva	Si No	Problemas renales	Si No	Enfermedades veneras	Si No
Enfermedad/Ataque cardiaco	Si No	Ulceras	Si No	Sida/ HIV positivo	Si No
Angina/ dolor en el pecho	Si No	Diabetes	Si No	Aftas bucales	Si No
Enfermedad cardiaca congenital	Si No	Problemas tiroideos	Si No	Transfusiones sanguines	Si No
Soplos cardiacos	Si No	Glaucoma	Si No	Hemofilia	Si No
Presion arterial alta	Si No	Cirugia cosmetica	Si No	Sangrados anormales	Si No
Prolapso de la valvula Mitral	Si No	Enfisema	Si No	Anemia	Si No
Valvula cardiaca artificial	Si No	Tuberculosis	Si No	Anemia celulas falciformes	Si No
Marcapasos cardiaca	Si No	Asma	Si No	Epilepsia/ ataques	Si No
Cirugia cardiaca	Si No	Problemas respiratorios	Si No	Desmayos/ mareos	Si No
Medicamentos anticoagulantes	Si No	Alergias	Si No	Tratamiento psiquiatrico	Si No
Derrame cerebral	Si No	Cancer/ Tumores	Si No	Enfermedad Hepatica	Si No
Fiebre reumatica	Si No	Tratamiento quimioterapia	Si No	Hepatitis A	Si No
Artritis	Si No	Protesis articulares	Si No	Hepatitis B o C	Si No
Medicamentos corticoesteroides	Si No	Consumo de tabaco	Si No	Compromiso immune	Si No

Si tiene otra, explique por favor: \_\_\_\_\_

**PARA MUJERES UNICAMENTE:** Está embarazada? SI [ ] NO [ ] Cuantos meses? \_\_\_\_ Está lactando? \_\_\_\_ Está planificando? \_\_\_\_

*Yo entiendo que la informacion arriba requerida es necesaria para proveerme con un seguro y eficiente cuidado dental. Yo he constestado todas las preguntas con honestidad y con pleno conocimiento. Ademas, en base a la informacion que tengo, yo sere responsable por el pago de las cuentas no cubiertas por mi Compañía de Seguros.*

\_\_\_\_\_  
FIRMA

\_\_\_\_\_  
FECHA