

*Oral Surgery Associates of Charlotte*

*Dr. Tara A. Valiquette, DMD & Dr. Erik F. Reitter, DDS*

**Información del Paciente: Fecha de hoy:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

❏ Mr. ❏ Mrs. ❏ Ms. nombre de pila.:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ M:\_\_\_\_\_ apellido:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ apodo:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Sexo: ❏ Masculino ❏ Femenino fecha de nacimiento :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Edad:\_\_\_\_\_\_\_\_ número de seguro social \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

dirección:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ciudad:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Estado:\_\_\_\_\_\_\_\_ código postal\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

número telefónico.(\_\_\_\_)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Celular.(\_\_\_\_\_)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

referido por:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Dentista:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ doctor en medicina :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

licencia de conducir.#:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Estado:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

es usted un estudiante?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a tiempo completo oa tiempo parcial?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nombre de la escuelal:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Persona Responsible (si tiene menos de 18):**

Nombre de pila:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ M:\_\_\_\_\_ apellido:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ fecha de nacimiento:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ numero de

direccion:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ciudad:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Estado:\_\_\_\_\_\_\_\_ código postal\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

número telefónico.(\_\_\_\_)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Celular.(\_\_\_\_\_)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**información del seguro:**

|  |  |
| --- | --- |
| **seguro dental primario** | **seguro médico primario** |
| nombre de la empresa de seguros: | nombre de la empresa de seguros: |
| dirección de las reclamaciones | dirección de las reclamaciones |
| número telefónico: | número telefónico: |
| número de póliza: número de grupo : | número de póliza: número de grupo : |
| A seguro: | A seguro: |
| dirección: | dirección: |
| SS #: fecha de nacimiento: | SS #: fecha de nacimiento: |
| empleador: número telefónico : | empleador: número telefónico : |

Certifico que he leído y entiendo las preguntas anteriores. No voy a responsabilizar a mi cirujano o cualquier miembro de su / su personal responsable de los errores u omisiones que he hecho para llenar este formulario.

**paciente / tutor:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha de hoy:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**escriba su nombre:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

1. **¿estás bien de salud Si / No** estatura:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ peso:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. estás bajo el cuidado de un médico? **Si / No por favor decribe** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**¿ha tenido o tiene actualmente:**

|  |  |
| --- | --- |
| enfermedad del corazón: Si / No | **por favor decribe**: |
| hipertensión / presión arterial baja (encierre en un círculo) |  |
| fiebre reumática: Si / No |  |
| pulmón / condición de respiración: Si / No | **por favor describe:** |
| Asma: Si / No |  |
| Enfisema : Si / No |  |
| Tuberculosis: Si / No |  |
| consumo de tabaco: Si / No | **por favor describe**: |
| sangre / condiciones sangrado: Si / No | **por favor describe**: |
| hepatitis / ictericia / enfermedad hepatica: Si / No |  |
| Convulsiones / epilepsia: Si / No |  |
| Atague fulminante / ataque del corazón: Si / No |  |
| problemas de la tiroides: Si / No |  |
| Diabetes: Si / No | última lectura: fecha: |
| problemas renales: Si / No | **por favor describe**: |
| problema ósea: Si / No | **por favor describe**: |
| enfermedades infecciosas / contagiosas: Si / No | **por favor describe**: |
| cáncer / tratamiento de radiación: Si / No | **por favor describe**: |
| historia de abuso de alcohol o drogas: Si / No |  |
| reacción a la anestesia en el pasado: Si / No |  |

**alergias / medicamentos**

|  |  |
| --- | --- |
| enumere todas las alergias, incluyendo medicamentos, alergias de temporadas o alimentos | por favor indique todos sus medicamentos actuales, incluidos los suplementos a base de hierbas |
|  |  |

Certifico que he leído y entiendo las preguntas anteriores. No voy a responsabilizar a mi cirujano o cualquier miembro de su / su personal responsable de los errores u omisiones que he hecho para llenar este formulario.  
**paciente / tutor:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha de hoy:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**escriba su nombre:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Reviewed By:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**