



Oral Surgery Associates of Charlotte

Información para el paciente:

Fecha de hoy: _____

<input type="checkbox"/> Sr. <input type="checkbox"/> Sra. <input type="checkbox"/> Sra. Nombre: _____ M: _____ Apellido: _____ Apodo: _____
Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____ SS# _____ Correo electrónico: _____
Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
Teléfono Residencial: (____) _____ Móvil: (____) _____ Alternar: (____) _____
Referido por: _____ Dentista: _____ Médico: _____
Número de licencia de conducir: _____ Estado: _____
¿Eres estudiante? _____ ¿A tiempo completo o parcial? _____ Nombre de la escuela: _____

Información de la parte responsable / garante (si es menor de 18 años o estudiante a tiempo completo):

Nombre: _____ M: _____ Apellido: _____ Fecha de Nacimiento: _____ SS# _____
Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
Teléfono Residencial: (____) _____ Móvil: (____) _____ Alternar: (____) _____

Información del seguro:

Seguro Dental Primario		Seguro Médico Primario	
Nombre de Insurance Co.:		Nombre de Insurance Co.:	
Dirección de reclamaciones:		Dirección de reclamaciones:	
Teléfono #:		Teléfono #:	
Política #:	Grupo #:	Política #:	Grupo#:
Titular del seguro:	Relación con paciente:	Titular del seguro:	Relación con paciente:
Domicilio:		Domicilio:	
SS #:	Fecha de nacimiento:	SS #:	Fecha de nacimiento:
Empleador:	Teléfono residencial:	Empleador:	Teléfono residencial:

Certifico que he leído y entiendo las preguntas anteriores. No responsabilizaré a mi cirujano ni a ningún miembro de su personal por ningún error u omisión que haya cometido al completar este formulario.

Firma del paciente/tutor: _____ **Fecha:** _____

Nombre del paciente (Impreso): _____

1. ¿Goza de buena salud? **Sí / No**
2. ¿Está usted bajo el cuidado de un médico? **Sí / No**

Altura: _____ Peso: _____

Sírvase describir _____

¿Ha tenido o tiene actualmente:

Condición cardíaca: Sí / No	Sírvase describir:
Presión arterial alta / presión arterial baja (círculo uno)	
Fiebre reumática: Sí / No	
Condición pulmonar / respiratoria: Sí / No	Sírvase describir:
Asma: Sí / No	
Enfisema : Sí / No	
Tuberculosis: Sí / No	
Consumo de tabaco: Sí / No	Sírvase describir:
Condición de sangre / sangrado: Sí / No	Sírvase describir:
Hepatitis, ictericia, enfermedad hepática: Sí / No	
Convulsiones / Epilepsia: Sí / No	
Accidente cerebrovascular / ataque cardíaco: Sí / No	
Problemas de tiroides: Sí / No	
Diabetes: Sí / No	Última lectura: Fecha:
Condición renal: Sí / No	Sírvase describir:
Condición ósea: Sí / No	Sírvase describir:
Enfermedades infecciosas / contagiosas: Sí / No	Sírvase describir:
Cáncer / Radioterapia: Sí / No	Sírvase describir:
Historia de abuso de alcohol / drogas: Sí / No	
Reacción a la anestesia general en el pasado: Sí / No	

Alergias / Medicamentos

Por favor, enumere cualquier alergia, incluidos medicamentos, estacionales, alimentos	Por favor, enumere todos sus medicamentos actuales, incluidos los suplementos herbales:

Certifico que he leído y entiendo las preguntas anteriores. No responsabilizaré a mi cirujano ni a ningún miembro de su personal por ningún error u omisión que haya cometido al completar este formulario.

Firma del paciente/tutor: _____ **Fecha:** _____

Nombre del paciente (impreso): _____ **Revisado por:** _____