



Date of 1 st Appointment _____
Completed Application _____
Income Documents _____
Residency Documents _____
Deposit Paid for Initial Visit _____

Dental Registration and History

Fecha _____

Primer Nombre _____ Inicial del Segundo nombre _____ Apellido _____

Dirección _____ Ciudad NORMAN Código Postal _____ Condado CLEVELAND

Estatus de empleo: Empleado No estoy empleado # Telefónico _____ Segundo# _____

Origen étnico o raza: (por favor marque una)

Negro Asiático Blanco Latino Nativo Americano Otro _____

Sexo: Masculino Femenino Estado civil: Soltero/a Casado/a Divorciado/a Separado/a Viudo/a

Fecha de nacimiento _____ Edad _____ SS# _____ - _____ - _____

de hijos _____ # de personas en la casa _____

Usted es un veterano? Si No Usted es un ciudadano Americano ? Si No

Estatus de aseguranza: (por favor marque una) Asegurado No estoy asegurado

Nivel de educación: (por favor marque una) Menos que el bachillerato Bachillerato GED Recipiente
Un poco de universidad Estudiante Universitario Graduado de la Universidad

Lenguaje principal: Inglés Español Otro: _____

Ingreso mensual actual: Ingreso incluye salario / manutención de menor, seguro social, beneficios del retiro, SSI, inhabilidad, pensión, desempleo, estampillas de comida, ingreso de la renta, indemnización del trabajador, beneficios de veterano, renta de inversión y cualquier otro rédito.

Fuente _____ \$ _____ Fuente _____ \$ _____

Fuente _____ \$ _____ Fuente _____ \$ _____

Ingreso mensual entero: Paciente \$ _____ Hogar \$ _____

Dental Health History:

<input type="checkbox"/>	Mal aliento
<input type="checkbox"/>	Sangramiento de encillas
<input type="checkbox"/>	Ampollas en los labios o boca
<input type="checkbox"/>	Sensación fuego en la lengua
<input type="checkbox"/>	Mordió un lado de su boca
<input type="checkbox"/>	Fumar cigarrillos , o fumar puros
<input type="checkbox"/>	Mandíbula floja
<input type="checkbox"/>	Boca seca
<input type="checkbox"/>	Muerde las uñas

<input type="checkbox"/>	Dolor en la mandíbula
<input type="checkbox"/>	Machacar los labios o dientes
<input type="checkbox"/>	Dientes flojos o rellenos flojos
<input type="checkbox"/>	Respira por su boca
<input type="checkbox"/>	Dolor de boca durante el cepillado
<input type="checkbox"/>	Tratamiento ortodontico
<input type="checkbox"/>	Dolor al rededor del oido
<input type="checkbox"/>	Tratamiento periodontal
<input type="checkbox"/>	Sestiividad a liquidos frios o calientes

Allergies:

<input type="checkbox"/>	Aspirina
<input type="checkbox"/>	Barbituarios
<input type="checkbox"/>	Codeína
<input type="checkbox"/>	Yodo
<input type="checkbox"/>	Látex
<input type="checkbox"/>	Anestésico local
<input type="checkbox"/>	Penicilina
<input type="checkbox"/>	Medicamentos de sulfa
<input type="checkbox"/>	Otras

Health History

	SIDA		Epilepsia		Tratamiento de radiación
	Anemia		Desmayo o mareo		Enfermedad Respiratoria
	Artritis/Reumatismo		Glaucoma		Fiebre reumatica
	Valvula cardiaca artificial		Dolores de cabeza		Fiebre escarlata
	Articulacion artificial		Palpitaciones anormales del corazon		Cansamiento
	Asma		Problemas de el Corazon		Sinusitis
	Problemas en la columna		Hepatitis ___		Sarpullido
	Hemorragias		Herpes		Dieta especial
	Enfermedad de la sangre		Hipertensión		Derrame cerebral
	Cancer		ictericia		Inflamación en los piez o tobillos
	Dependencia de quimicos		Dolor en la mandibula		Inflamación el las glandulas
	Quimoterapia		Enfermedad de los riñones		Problemas en la tiroide
	Problemas de circulacion		Enfermedad del higado		amigdalitis
	Enfermedad congenital del corazon		Hypotension		Tuberculosis
	Tratamiento de cortisone		Prolapse de la valvula mitral		Tumor en la cabeza o nuca
	Toz cronica		Problemas de el sistema nervioso		Ulcera
	Diabetis		Marcapasos		Enfermedad veneral
	Emfisema		Cuidado sicriático		Brusco pedida de peso

Medicamentos:

Liste medicamentos que esta tomando actualmente y describa el motivo por cada medicación :

Está tomando medicamentos para diluir la sangre por ejemplo aspirina o Plavix? _____

Cuantas veces al día se cepilla? _____

Cuantas veces al día usa el hilo dental? _____