Registración Dental

Los Médicos Voladores

_____ _____ _____

Nombre Apellido Fecha de Nacimiento

Consentimiento — Al firmar este formulario autorizo al dentista y el personal para realizar exámenes y tratamientos dentales.

_____ _____

Firma de Paciente o Padre Fecha de Hoy

Historial Médico— ¿tiene o tuvo los siguientes? (en caso afirmativo, marque la casilla)

☐ Anemia	☐ Insuficiencia cardíaca	☐ Presión sanguínea abnormal
☐ Diabetes	☐ Reemplazo de la válvula del corazón	☐ Articulación artificial
☐ Artritis	☐ Prolapso de la válvula mitral	☐ Hepatitis
☐ Tuberculosis	☐ Estoy embarazada	☐ Seropositivo; SIDA
☐ Asma	☐ Dependencia química	
☐ Radioterapia	☐ Hemorragia excesiva o prolongada	

¿Tiene o tuvo usted otras enfermedades, cirugía, o accidentes? ☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo, descríbalas _____

_____

Haga una lista de las medicaciones o drogas que está tomando hoy en día _____

_____

¿Tiene usted alergias o sensibilidades a?: ☐ Penicilina ☐ Codeína ☐ Anestesia local ☐ Látex ☐ Ningunas

Otras alergias _____

Información Dental

¿Por lo general, de quien recibe el tratamiento dental? _____

Asunto de preocupación dental

☐ Problemas para masticar
☐ Diente roto
☐ Nivel de dolor (1-5 alto) _____
☐ Inflamación/hinchazón
☐ Otra _____

Lugar

☐ superior derecha
☐ inferior derecha
☐ superior izquierda
☐ inferior izquierda

¿Usa prótesis dentales? ☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo, ¿tiene problemas o inquietudes con su dentadura postiza?

_____

_____

Uso Oficial

Blood Pressure: _____ / _____

Pulse: _____

☐ Premed ABX

☐ Blood Thinner