

Inscripción

Los Médicos Voladores

Nombre _____

Apellido _____

Fecha de Nacimiento _____

Estatura _____

Peso _____

Edad _____

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

Firma de Paciente o Padre _____

Fecha de Hoy _____

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

- | | | |
|---------------------------------------|---|---|
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Insuficiencia cardíaca; soplo cardíaco | <input type="checkbox"/> Presión sanguínea anormal |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Reemplazo de la válvula del corazón | <input type="checkbox"/> Colesterol elevado |
| <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Prolapso de la válvula mitral | <input type="checkbox"/> Hepatitis B o C |
| <input type="checkbox"/> Tuberculosis | <input type="checkbox"/> Estoy embarazada | <input type="checkbox"/> Seropositivo; SIDA; Cáncer |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Dependencia química | <input type="checkbox"/> Enfermedad Venérea |
| <input type="checkbox"/> Radioterapia | <input type="checkbox"/> Hemorragia excesiva o prolongada | <input type="checkbox"/> Pulmonía |

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

En caso afirmativo, descríbalas _____

Haga una lista de los medicamentos o drogas que está tomando hoy en día _____

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

Otras alergias _____

Motivo de Consulta _____

Optometría

Historia de los Ojos:

Heridas Cirugías Enfermedades

He llevado lentes desde _____

Quiropráctica

Historia pertinente _____

Tengo dolor de _____

Blood Pressure: _____ / _____

Premed ABX

Rx _____

Uso Oficial

Pulse: _____

Blood Thinner _____

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

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?

Teeth	Clinical Assess	X-ray taken	Treatment Plan	Progress Notes	Uso Oficial
Provider initials: _____					
Circle teeth to be radiographed					
R	1	_____	_____	_____	_____
	2	_____	_____	_____	_____
	3	_____	_____	_____	_____
	4	_____	_____	_____	_____
	5	_____	_____	_____	_____
	6	_____	_____	_____	_____
	7	_____	_____	_____	_____
	8	_____	_____	_____	_____
L	9	_____	_____	_____	_____
	10	_____	_____	_____	_____
	11	_____	_____	_____	_____
	12	_____	_____	_____	_____
	13	_____	_____	_____	_____
	14	_____	_____	_____	_____
	15	_____	_____	_____	_____
	16	_____	_____	_____	_____
L	17	_____	_____	_____	_____
	18	_____	_____	_____	_____
	19	_____	_____	_____	_____
	20	_____	_____	_____	_____
	21	_____	_____	_____	_____
	22	_____	_____	_____	_____
	23	_____	_____	_____	_____
	24	_____	_____	_____	_____
R	25	_____	_____	_____	_____
	26	_____	_____	_____	_____
	27	_____	_____	_____	_____
	28	_____	_____	_____	_____
	29	_____	_____	_____	_____
	30	_____	_____	_____	_____
	31	_____	_____	_____	_____
	32	_____	_____	_____	_____

Key:
 EC = Extensive Caries
 RT = Root tip
 EXN = Extraction
 EXS = Surgical Extraction
 PA = Periapical Abscess

Assessment/Triage/Referral

STE/OCE
 WNL Abnormal
 No obvious Tx.
 Early Tx.
 Urgent TX

Proceed to:
 X-Ray & Diagnosis
 Denture Voucher
 Future Appointment w/ Dentist
 Dental Comm. Referral List