

Favor indicar quien lo refiere \_\_\_\_\_

**FAVOR INDICAR EL DOCTOR DE SU PREFERENCIA**  DR. JULIO E. GUZMAN FREIRE  
 DR. LUIS F. FERRER NUJIN  
 DR. LUIS J. DIAZ CABRERO

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombre	Fecha de Nacimiento	Lugar	Edad	Sexo
Dirección Residencial						
Seguro Social	Ocupación	Dirección Ocupacional	Teléfono-casa y/o celular		Teléfono Trabajo	
<b>Asegurado Principal (Nombre Completo)</b>						
Dirección Postal			Fecha de Nacimiento	Teléfono-casa y/o celular		Teléfono Trabajo
Seguro Social			Seguro Médico	Cubierta Dental	Num. Contrato	Ocupación
Motivo de la Consulta- Describa desde el comienzo hasta el presente todos los síntomas o condiciones indeseables que estén relacionadas a su queja						
¿Está usted bajo tratamiento médico? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No						
Nombre del médico		Dirección Oficina		Teléfono	Motivo	
¿Está tomando o ha tomado alguna medicina por más de una semana? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No						
Nombre de medicina		Dosis / Dia	Tiempo usándola	Motivos para su uso		Efectos indeseables notados
Otras:						
¿Ha estado hospitalizado o lo han operado anteriormente? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No						
Fecha		Motivo	Hospital		Doctor	
Complicaciones:						

Favor marcar todas:	Sí	No
Enfermedad del corazón		
Dolor de pecho		
Alta Presión		
Soplo Cardíaco		
Fiebre Reumática		
Hemorragias		
Tranfusiones de sangre		
Anemia		
Pérdida de conocimiento		
Hipoglucemia		
Problemas de los riñones o urinarios		
Problemas gastrointestinales		
Problemas del Hígado ó Hepatitis		
Golpes en la cara ó accidentes		
Condiciones Inmunesupresivas (HIV-SIDA)		
Tratamiento Psiquiátrico		
Dificultad para respirar, ronca		
Fuma		
Asma <input type="checkbox"/> Bronquitis <input type="checkbox"/> Epilepsia <input type="checkbox"/>		
Fecha de último ataque:		
Severo <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/>		
Artritis <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Tiroides <input type="checkbox"/>		
Fecha descubierta:		
Severo <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/>		
Para mujeres solamente:		
Problemas de menstruación		
Embarazada		
Pastillas anticonceptivas		
Abortos ó problemas de embarazo		
Num. Hijos _____ Complicaciones		

Alergias	Sí	No
Aspirina <input type="checkbox"/> Penicilina <input type="checkbox"/>		
Antinflamatorio (solucortef-depomedrol)		
Valium		
Demerol		
Cortisona y/o Anestesia Local		
Nasal		
Otras:		
Dolor de Cabeza		
Problemas con la vista o Glaucoma		
Espejelos ó lentes de contacto		
Dificultad para respirar por la nariz		
Dolor o sonido frente al oído		
Dolor o se le cansa la quijada al masticar		
Malocusión (dientes no interdigitan bien)		
Tratamiento de Ortodoncia		
Dificultad para tomar pastillas		
Ulceras en la boca		
Herpes labial		
Muy nervioso o aprensivo		
Dificultad para abrir la boca		
Problemas con la Anestesia local		
Fecha última extracción dental		
Complicaciones		
Deseo información adicional sobre:		
Implantes Dentales		
Implantes Barbilla, Pómulos		
Cirugía de la mordida		
Cirugía de la sonrisa		
Cirugía cosmética facial		
Sedación Endovenosa		

Otras condiciones y comentarios que usted crea son de importancia:

Por la presente certifico que toda la información suministrada es verdadera y completa:

Firma de Paciente o encargado:

mes	dia	año

Firma cirujano oral y maxilofacial:

\_\_\_\_\_