

**Dr. Antemio Millot**  
**Dr. Fernando Millot**  
Seville Dental Group  
7705 Seville Ave. STE A  
Huntington Park, CA 90255  
Office Number: (323) 582-6938  
Fax : (310) 388-1088



## FORMULARIO DE ADMISION DE PACIENTE

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Direccion \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Codigo Postal \_\_\_\_\_

Fecha De Nacimiento \_\_\_\_\_ Genero \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ Ocupacion \_\_\_\_\_

Correro Electronico \_\_\_\_\_

Contacto De emergencia \_\_\_\_\_

Soltero  Casado  Divorciado  Viuda

**Quien lo referio a nuestra oficina?** \_\_\_\_\_

### Preocupaciones de salud dental

Por favor marque sus inquietudes dentales

- |                                            |                                              |
|--------------------------------------------|----------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Caries            | <input type="checkbox"/> Problemas de encias |
| <input type="checkbox"/> Dolor de muelas   | <input type="checkbox"/> Esthetics           |
| <input type="checkbox"/> Dientes Sensibles | <input type="checkbox"/> Mal Aliento         |
| <input type="checkbox"/> Infeccion         | <input type="checkbox"/> Boca seca           |
| <input type="checkbox"/> Otro _____        |                                              |

Por favor marque los Tratamientos Dentales interesados.

- |                                     |                                              |
|-------------------------------------|----------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Limpiezas  | <input type="checkbox"/> Problemas de encias |
| <input type="checkbox"/> Estetica   | <input type="checkbox"/> Frenos              |
| <input type="checkbox"/> Rellenos   | <input type="checkbox"/> Blanqueamiento      |
| <input type="checkbox"/> Caries     | <input type="checkbox"/> Dentaduras          |
| <input type="checkbox"/> Otro _____ |                                              |

Del 0 al 10, marque la gravedad de sus sintomas.



¿Cuándo empezó? \_\_\_\_\_ ¿Qué lo empeora? \_\_\_\_\_

¿Ha consultado a algún médico/proveedor de salud por este problema? \_\_\_\_\_

Si es así, ¿cuándo y quién? \_\_\_\_\_

Enumere todos los medicamentos que toma actualmente \_\_\_\_\_

## Historia Medica

<input type="checkbox"/> Alergias	<input type="checkbox"/> HIV	<input type="checkbox"/> TMJ	<input type="checkbox"/> Herpes
<input type="checkbox"/> Dolor de cuello	<input type="checkbox"/> Chemo	<input type="checkbox"/> Coágulo sanguíneo	<input type="checkbox"/> Osteoporosis
<input type="checkbox"/> Migraña	<input type="checkbox"/> TDAH	<input type="checkbox"/> Cirugía	<input type="checkbox"/> Cardiovascular
<input type="checkbox"/> Artritis	<input type="checkbox"/> Problema digestivo	<input type="checkbox"/> Amígdalas	<input type="checkbox"/> Asma
<input type="checkbox"/> Cancer	<input type="checkbox"/> Problema inmunológico	<input type="checkbox"/> Problema renal	<input type="checkbox"/> Epilepsia
<input type="checkbox"/> Depresión	<input type="checkbox"/> Dolor en el pecho	<input type="checkbox"/> Problema de vejiga	<input type="checkbox"/> Problema de tiroides
<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Ataque	<input type="checkbox"/> Problemas menstruales	<input type="checkbox"/> Varices
<input type="checkbox"/> Hipertensión	<input type="checkbox"/> Problemas del corazón	<input type="checkbox"/> Enfermedad por reflujo	<input type="checkbox"/> Otro _____

gastroesofágico

---

Sólo para mujeres

¿Estás actualmente embarazada?  SI  No    ¿Estás amamantando actualmente?  SI  No

¿Actualmente estás tomando anticonceptivos?  SI  No

---

## Seguro dental

Compania de seguros \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

Nombre del suscriptor \_\_\_\_\_ Relacion con el paciente \_\_\_\_\_

ID # \_\_\_\_\_ # del grupo \_\_\_\_\_ # de Seguro Social \_\_\_\_\_

Direccion \_\_\_\_\_

¿Es este seguro ofrecido por el empleador?  Si  No si es así, nombre del empleador \_\_\_\_\_

Dirección del empleador \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

---

He leído y entiendo las preguntas anteriores y reconozco que las preguntas han sido respondidas según mi conocimiento y entender. Por la presente doy mi consentimiento al dentista para realizar un examen y diagnosticar mi condición.

Firma \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_