

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 _____