

Registro de paciente nuevo

Nombre del paciente: _____ Nombre preferido: _____
Nombre (Legal) Apellido (sobrenombre)

Fecha nacimiento: _____ Edad: _____ Núm. seguro social: _____

Elegir una opción: Soltero(a) Casado(a) Viudo(a) Idioma primario: _____

Dirección hogar: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Correo electrónico: _____

Teléfono del hogar: _____ Teléfono celular: _____

Sexo: M F Identidad de género: _____ Pronombres preferidos: _____

Raza: _____ Etnia: _____

¿Es estudiante a tiempo completo? Sí No Ocupación: _____

Su empleador: _____ Tiempo en el empleo: _____

Información del padre/madre/representante legal (cuando corresponda)

Nombre: _____ Fecha nacimiento: _____ Número telefónico: _____

Relación con el paciente: _____

Nombre: _____ Fecha nacimiento: _____ Número telefónico: _____

Relación con el paciente: _____

Contacto para emergencias

Nombre: _____ Número telefónico: _____

¿Cómo se enteró de nuestro consultorio? Correo postal Televisión Radio Evento comunitario

Periódico Cartel publicitario Los sitio web Redes sociales Recomendación personal

Nombre de la persona que nos recomendó, cuando corresponda? _____ Parentesco: _____

Mi método de comunicación preferido es: Teléfono del hogar Teléfono celular

Mensajes de texto Correo electrónico

Acepto recibir comunicaciones relacionadas con mi cuidado dental o el cuidado dental de mis dependientes a través de mensajes de texto, correos electrónicos o llamadas telefónicas del consultorio dental o sus representantes al número telefónico del hogar, el teléfono celular y/o la dirección de correo electrónico que he proporcionado. Los mensajes relacionados con mi cuidado dental o el cuidado dental de mis dependientes pueden dejarse en mi máquina contestadora o mi correo de voz, o enviarse por mensaje de texto.

Sí No

Seguro dental

Marque la casilla si no tiene seguro dental

Información sobre el seguro dental (primario):

Nombre del asegurado: _____

Fecha de nacimiento: _____

Relación del paciente con el suscriptor:

Paciente Cónyuge Hijo(a)

Indique si el seguro es Medicaid o Medicare:

Empleador del asegurado: _____

Empresa aseguradora: _____

Núm. Id. del suscriptor: _____

Número telefónico: _____

Número de grupo: _____

Seguro secundario (cuando corresponda):

Nombre del asegurado: _____

Fecha de nacimiento: _____

Relación del paciente con el suscriptor:

Paciente Cónyuge Hijo(a)

Indique si el seguro es Medicaid o Medicare:

Empleador del asegurado: _____

Empresa aseguradora: _____

Núm. Id. del suscriptor: _____

Número telefónico: _____

Número de grupo: _____

Firma del paciente, padre/madre

Nombre del paciente: _____ Fecha nacimiento: _____
Nombre (Legal) Apellido

Historia dental:

Fecha de su limpieza dental más reciente: _____

Dentista/consultorio dental previo: _____

Indique cualquier condición que tenga actualmente o que aplique a usted:

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Problemas de encías/enfermedad periodontal | <input type="checkbox"/> Sensibilidad en los dientes | <input type="checkbox"/> Dientes faltantes |
| <input type="checkbox"/> Amalgamas/dientes rotos o astillados | <input type="checkbox"/> Mal aliento o mal sabor en la boca | <input type="checkbox"/> Sequedad de la boca |
| <input type="checkbox"/> Dolor mandibular, rechina/aprieta los dientes | <input type="checkbox"/> Dentaduras postizas o parciales | <input type="checkbox"/> Implantes dentales |
| <input type="checkbox"/> Frenillos o alineadores transparentes | <input type="checkbox"/> Infección dental | <input type="checkbox"/> Dolor y/o hinchazón |

¿Cuál es el motivo más importante de su consulta hoy?

¿Alguna vez ha tenido una complicación durante o después de un tratamiento dental? Describa: Sí No

¿Los tratamientos dentales le dan miedo, fobia o ansiedad? Sí No

¿Le interesa cualquiera de los siguientes tratamientos?

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Blanqueamiento dental profesional | <input type="checkbox"/> Reemplazo de amalgamas de metal | <input type="checkbox"/> Reemplazo de coronas viejas |
| <input type="checkbox"/> Enderezar dientes/reducir separaciones | <input type="checkbox"/> Reparar dientes rotos o astillados | <input type="checkbox"/> Reemplazar dientes faltantes |

Medicamentos actuales:

Marque aquí si no toma ningún medicamento, suplemento o vitamina

Indique todos los medicamentos, suplementos y vitaminas que toma diariamente o de manera regular. También indique la dosis y la frecuencia en el nombre del medicamento.

- | | |
|--------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> _____ |

¿Usa algún tipo de método anticonceptivo hormonal (píldoras, aro/anillo, gel, dispositivo intrauterino/IUD, implante)? Sí No

¿Toma actualmente o ha tomado recientemente medicamentos para la osteoporosis? Sí No

Toma actualmente algún tipo de diluyente sanguíneo, incluida la aspirina? Sí No

Asegúrese de nombrar todos los medicamentos indicados en la lista anterior.

Historia médica:

Estatura: ____pies ____pulg. Peso: ____lb Fecha de su chequeo médico más reciente: _____

Nombre de su médico primario: _____ Teléfono: _____

Farmacia preferida: _____ Teléfono: _____

¿Alguna vez le han indicado tomar antibióticos antes de un tratamiento dental? Sí No

¿Tiene alguna alergia ambiental o a algún medicamento, incluido látex, metales, alimentos y medicamentos? Indique todas sus alergias:

¿Lleva con usted una EpiPen u otro autoinyector de epinefrina? Sí No

Condiciones médicas, cirugías y hospitalizaciones
Marque todo lo que aplique a usted (no a su familia):

	Sí	No		Sí	No		Sí	No
Reflujo gástrico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Adicción a drogas/abuso de sustancias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Apnea del sueño	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Desórdenes alimenticios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	CPAP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Consumo de alcohol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Desmayos, mareos o vértigo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas auditivos o del habla	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tragos semanales _____			Problemas gastrointestinales/úlceras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Apoplejía/CNS/TIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alcoholismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Glaucoma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad tiroidea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Artritis (incluye artritis reumatoide)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lesión de cabeza/cuello/espalda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Uso de tabaco (indique todo lo que corresponda)		
Articulaciones artificiales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ataque cardíaco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tabaco de mascar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asma, problemas respiratorios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad cardíaca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cigarrillos (cant. diaria) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sangrado/desórdenes de coagulación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Soplo cardíaco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cigarrillos electrónicos o vapeadores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Transfusiones sanguíneas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hepatitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otro: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cáncer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Presión arterial elevada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tumores/crecimientos (no cancerosos)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tipo _____			VIH/SIDA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Consideraciones cognitivas:		
Parálisis cerebral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	VPH	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alzheimer o demencia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Quimioterapia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trastorno inmunitario	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trastorno del espectro autista	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolor de cabeza crónico/migrañas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad renal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad de Parkinson	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Labio o paladar hendido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad hepática/cirrosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Desorden del procesamiento sensorial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ansiedad clínica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad pulmonar o COPD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otro: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Depresión clínica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trasplante de órganos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Embarazada actualmente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herpes labial/lagas orales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Osteoporosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fecha del parto _____		
Complicaciones con anestesias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Marcapasos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Parió recientemente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Radioterapia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fecha _____		
Dependencia de la insulina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alergias estacionales/fiebre del heno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Da pecho actualmente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Última HbA1c: _____			Convulsiones/epilepsia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Recibe tratamiento de fertilidad actualmente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Fecha: _____

Otra condición no mencionada: _____

Cirugías y hospitalizaciones (incluya las fechas):

 Firma del paciente, padre/madre (o representante):

 Fecha

Nombre del garante, cuando corresponda: _____

 Firma del médico

Acuerdo financiero del paciente

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Nombre

Apellido

Gracias por darnos la oportunidad de atender sus necesidades dentales. Nos entusiasma trabajar con usted para mejorar y mantener su salud oral.

Para su conveniencia y para garantizar que todos los pacientes reciban el cuidado que necesitan, puede pagar su tratamiento con efectivo, cheque, tarjeta de crédito o a través de una empresa de financiamiento que trabaje con nosotros. Solicitaremos el pago de su tratamiento al momento de prestar el servicio.

Se desea usar su seguro dental, con gusto presentaremos por usted a la empresa aseguradora la solicitud de la porción que usted espera que pagará el seguro. También aplicaremos a su cuenta cualquier pago y ajuste del seguro que recibamos. Le informaremos si su seguro cubre solo parte de su reclamo para que usted pueda pagarnos el saldo.

Déjenos saber si por alguna razón necesita cambiar algún arreglo financiero para que podamos trabajar con usted. Si alguna porción del saldo permanece sin abonar por más de 30 días, iniciaremos un proceso de cobranza que podría incluir cargos por cobranza y financiamiento.

Acuerdo:

Mediante mi firma abajo, confirmo que entiendo este proceso financiero y que estoy de acuerdo con cada procedimiento. Declaro también que soy responsable por el costo de mi tratamiento y por cualquier financiamiento de terceros o de cualquier saldo que se adeude a la empresa aseguradora. Entiendo y estoy de acuerdo en que este consultorio dental comparte mi información de salud solo para fines de cobranza. Este acuerdo no autoriza al consultorio dental a compartir mi información para cualquier otro fin. Entiendo que el consultorio dental podrá iniciar un proceso de cobranza de cualquier tratamiento que permanezca sin abonar por más de 30 días.

Firma del paciente, padre/madre
(o representante): _____

Fecha: _____

Consentimiento general para recibir tratamiento

Nombre del paciente: _____

Nombre

Apellido

Fecha de nacimiento: _____

Doy mi consentimiento (o doy consentimiento para el dependiente mencionado arriba) para recibir tratamiento dental, educación y otros servicios dentales relacionados. Autorizo la administración de anestésicos, de la manera que se consideren necesarios, y el uso de radiografías orales durante el tratamiento. Recibiré instrucciones sobre los beneficios y riesgos de los procedimientos necesarios, y se me dará la oportunidad de hablar sobre el tratamiento recomendado y aprobarlo. Reconozco que no se me ha ofrecido ninguna garantía o representación con respecto a los resultados del tratamiento o los procedimientos.

Acepto la responsabilidad de seguir (o de ayudar al dependiente mencionado arriba a seguir) las instrucciones postoperatorias y de higiene oral, de venir a todas las consultas en la fecha y hora indicados, de proporcionar información de salud precisa y actualizada, y de alertar a este consultorio de cualquier cosa que pueda afectar el tratamiento de manera negativa.

Al dar mi consentimiento para el tratamiento, entiendo que existe el riesgo de contraer infecciones. A pesar de tomar precauciones razonables para garantizar su salud y seguridad, es imposible eliminar todos los riesgos de contraer infecciones cuando se recibe cuidado dental.

Tengo el derecho de rescindir este consentimiento en cualquier momento, pero seguiré siendo responsable de cualquier saldo que quede pendiente y de cualquier complicación que surja debido a la interrupción del tratamiento.

Acepto No acepto o retiro mi consentimiento para el tratamiento

Firma del paciente, padre/madre
(o representante): _____

Fecha: _____

Resumen del aviso de prácticas de privacidad

Nuestras prácticas de privacidad cumplen con Omnibus 2013.

Nuestro consultorio dental conserva la información de todas sus consultas dentales. Las leyes requieren que mantengamos privada su información de salud protegida y que le entreguemos a solicitud un aviso de nuestros deberes legales y las prácticas de privacidad con respecto a su información. El aviso puede obtenerse también en nuestro sitio web. Este aviso contiene una explicación detallada de cómo podemos usar su información de salud protegida y el derecho que usted tiene a inspeccionar y enmendar su información. La ley y nuestro código de ética requieren que mantengamos privada su información y que sigamos las prácticas descritas en este aviso. Nuestras prácticas de privacidad cumplen con Omnibus 2013, con una fecha de actualización de 09/23/2013.

He tenido la oportunidad de leer y evaluar el contenido del Aviso de prácticas de privacidad de este consultorio. Entiendo que estoy dando mi permiso para usar y revelar mi información de salud protegida para fines de tratamiento, actividades de cobranza y actividades de cuidado de salud. Entiendo también que tengo derecho a revocar o modificar este permiso.

Nombre en letra de molde: _____

Firma del paciente, padre/madre
(o representante): _____

Fecha: _____

Solo para uso interno

Intentamos obtener un acuse de recibo escrito de nuestro Aviso de prácticas de privacidad, pero no fue posible obtenerlo debido a lo siguiente:

La persona se negó a firmarlo

Barreras de comunicación impidieron obtener el acuse de recibo

Una situación de emergencia nos impidió obtener el acuse de recibo

Otro (favor especificar):

Actualización de Información y Historia Médica del Paciente

Nombre del paciente: _____ **Nombre preferido:** _____
Nombre (Legal) Apellido (sobrenombre)

Fecha nacimiento: _____ Edad: _____ Núm. seguro social: _____

Elegir una opción: Soltero(a) Casado(a) Viudo(a) Idioma primario: _____

Dirección hogar: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Correo electrónico: _____

Teléfono del hogar: _____ Teléfono celular: _____

Sexo: M F Identidad de género: _____ Pronombres preferidos: _____

Raza: _____ Etnia: _____

¿Es estudiante a tiempo completo? Sí No Ocupación: _____

Su empleador: _____ Tiempo en el empleo: _____

Información del padre/madre/representante legal (cuando corresponda)

Nombre: _____ Fecha nacimiento: _____ Número telefónico: _____

Relación con el paciente: _____

Nombre: _____ Fecha nacimiento: _____ Número telefónico: _____

Relación con el paciente: _____

Contacto para emergencias

Nombre: _____ Número telefónico: _____

Historia médica. Marque todo lo que aplique a usted (no a su familia): Ningún cambio

	Sí	No		Sí	No		Sí	No
Reflujo gástrico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Adicción a drogas/abuso de sustancias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Apnea del sueño CPAP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Desórdenes alimenticios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas auditivos o del habla	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Consumo de alcohol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Desmayos, mareos o vértigo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Apoplejía/CNS/TIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tragos semanales <u>Alcoholismo</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas gastrointestinales/úlceras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad tiroidea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Artritis (incluye artritis reumatoide)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Glaucoma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Uso de tabaco (indique todo lo que corresponda)		
Articulaciones artificiales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lesión de cabeza/cuello/espalda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tabaco de mascar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asma, problemas respiratorios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ataque cardíaco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cigarrillos (cant. diaria) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sangrado/desórdenes de coagulación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad cardíaca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cigarrillos electrónicos o vapeadores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Transfusiones sanguíneas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Soplo cardíaco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otro: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cáncer Tipo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hepatitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tumores/crecimientos (no cancerosos)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Parálisis cerebral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Presión arterial elevada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Consideraciones cognitivas:		
Quimioterapia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	VIH/SIDA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alzheimer o demencia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolor de cabeza crónico/migra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	VPH	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trastorno del espectro autista	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Labio o paladar hendido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trastorno inmunitario	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad de Parkinson	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ansiedad clínica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad renal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Desorden del procesamiento sensorial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Depresión clínica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad hepática/cirrosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otro: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herpes labial/lagas orales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad pulmonar o COPD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Embarazada actualmente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Complicaciones con anestias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trasplante de órganos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fecha del parto _____		
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Osteoporosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Parió recientemente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dependencia de la insulina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Marcapasos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fecha _____		
Última HbA1c:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Radioterapia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Da pecho actualmente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fecha: _____			Alergias estacionales/fiebre del heno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Recibe tratamiento de fertilidad actualmente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Convulsiones/epilepsia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

Otra condición no mencionada: _____

Medicamentos actuales:

Indique todos los medicamentos, suplementos y vitaminas que toma diariamente o de manera regular. También indique la dosis y la frecuencia en el nombre del medicamento.

Marque aquí si no toma ningún medicamento, suplemento o vitamina

<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	_____

¿Alguna vez ha tenido una complicación durante o después de un tratamiento dental? Describa: Sí No

¿Alguna vez ha tenido una reacción alérgica después de tomar algún medicamento? Describa: Sí No

¿Tiene alguna alergia ambiental o a algún medicamento, incluido látex, metales, alimentos y medicamentos? Indique todas sus alergias:

Nombre de su médico primario: _____ Teléfono: _____

Farmacia preferida: _____ Teléfono: _____

¿Tiene algún problema de salud que necesite una mayor aclaración? Describa: Sí No

Firma del paciente, padre/madre (o representante):

Fecha

Nombre del garante, cuando corresponda: _____

Firma del médico