

(PLEASE PRINT)

Nobre de su medico _____ Telefono (____) _____
Physician's Name Phone

(Mujeres) Sos pecha ud. que esta Embarazada? Si No
(Women) Are you pregnant? Yes No.

HISTORIA CLINICA / MEDICAL HISTORY

?Ha tenido ud Alguna vez algo de lo siguiente? (Marque las casillas que corresponden)
Have you ever had any of the following? (Mark the box if you have)

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Problemas del Corazon
Heart Problem | <input type="checkbox"/> Problemas de la Espalda
Back Pain Problems | <input type="checkbox"/> Alergias a Medicinas
Alergies to Medicine |
| <input type="checkbox"/> Presion Sarguiena Alta
High Blood Pressure | <input type="checkbox"/> Diabetes
Diabetes | <input type="checkbox"/> Enfermedad de La Sangre
Blood Problems |
| <input type="checkbox"/> Cirugia del Corazon
Heart Surgery | <input type="checkbox"/> VIH/SIDA
Aids/HIV | <input type="checkbox"/> Artritis
Arthritis |
| <input type="checkbox"/> Embolia Cerebral
Stroke | <input type="checkbox"/> Dolores de Cabeza
Headaches | <input type="checkbox"/> Emfermedades Redpiratorias
Respiratory Diseases |
| <input type="checkbox"/> Fiebre Reumatica
Pheumatic Fever | <input type="checkbox"/> Epilepsia
Epilepsy | <input type="checkbox"/> Ulcera
Ulcer |
| <input type="checkbox"/> Drogadiccion
Chemical Dependency | <input type="checkbox"/> Cancer
Cancer | <input type="checkbox"/> Hepatis, Letericiao
Enfermadad del Higado
Hepatitis or Liver Disease |
| <input type="checkbox"/> Raciente Perdida de Peso
Rapid Weight Loss | <input type="checkbox"/> Tratamiento Siquiatrico
Psychiatric Treatment | |

Hay alguna otra cosa que nosotras deberamos saber sobre Su Historia Clinica?
Do you have any medical condition not covered in this Questionnaire?

(SIGUE AL DORSO)
PLEASE FILL OUT OTHER SIDE

MEDICAMENTOS / MEDICATIONS**ALERGIAS / ALLERGIES**

Medicamentos que usted esta tomando.
List medications you are currently taking.

Anestesia Local
Local Anesthetic

Penicillina
Penicillin

Latex _____

Other _____
Otro _____

FIRMA / SIGNATURE

La informacion de arriba es correcta y completa, a mi leal saber y entendery firmo directo a el **Dr. Hugh Marchmont - Robinson D.D.S., S.C.** procesamiento ante el seguro de los beneficios a los que tengo derecho. Yo no hare responsable a mi dentista ni a ningun integrants de su personal por errores que yo pueda haber cometido al llenar esta formulario.

Fecha
Date _____

X

Firma del Paciente
Signature of Patient

Fecha
Date _____

X

Firma del Padre o Madre
Signature of Guardian

Fecha
Date _____

X

Firma del Doctor
Signature of Doctor