

Fecha _____
 Nombre _____ SSN _____
 Domicilio _____ Zip _____
 Numero de Telefono _____ Celular/Mensajes _____
 Fecha de Nacimiento _____
 Nombre del Empleo _____ Telefono de Empleo _____

INFORMACION DE ASEGURANSA

Nombre del Asegurado _____
 Nombre de la Aseguransa _____
 Domicillo de Aseguransa _____
 Numero de Seguro Social _____
 Fecha de Nacimiento del Asegurado _____
 Nombre de Empleo _____

Circule las respuestas apropiadas. Si es que no sabe la respuesta correcta, por favor escribe "no lo se", en linea despues de la pregunta.

1. Esta usted bajo cuidado medico? SI NO
 Desde cuando? _____ Por que? _____
2. Cuando fue su ultimo examen fisico completo _____
3. Esta usted tomando medicinas SI NO
 (si es que si, por favor de anotarias en la seccion de commentaries o en la espalda de esta formal)
4. Rutinamente toma usted la sustancia? (favor de anotailas) SI NO
 (vitaminas, suplementos hemarios, productos natural)
5. Es usted alguna otra alergia? SI NO
6. Tiene usted problemas? SI NO
7. Tiene usted problemas con la panicilina, los antibioticos, las anestias
 o alguna otra medicina? SI NO
8. Es usted susceptible a los metales o al latex? SI NO
9. Si usted es mujer, esta embarazada o cree que puedo estario? SI NO
10. Utiliza usted medicacion para el control de la natalidad? SI NO
11. Ha sido usted tratado por enfermedades cardiacas artificial? SI NO
12. Tiene usted un marcapasos o una valvula cardiaca artificial? SI NO
13. Ha tenido alguna vez fiebre reumatica? SI NO
14. Padece usted de murmullo cardiaco? SI NO

15. Tiene usted presion alta o baia? SI NO
16. Ha tenido usted alguna enfermedad u operacion grave? SI NO
(Si es asi, explique. _____)
17. Ha tenido usted tratamiento con radiacion o quimioterapia para combatir un tumor, un crecimiento u otra condicion? SI NO
18. Padece usted de enfermedades inflamatorias, como arthritis o reusmatismo? SI NO
19. Tiene usted articulaciones artificiales o usa protesis? SI NO
20. Tiene usted alteraciones de la sangre, como anemia, leucemia, etc? SI NO
21. Ha sangrado alguna vez excesivamente despues de cortarse o lastimarse? SI NO
22. Tiene algun problema estomacal? SI NO
23. Tiene problemas renales? SI NO
24. Tiene problemas hepaticos? SI NO
25. Eres diabetico? SI NO
26. Ha tiendo desmayos o mareos? SI NO
27. Padece de asma? SI NO
28. Tiene eplepssia o ataques nerviosos? SI NO
29. Tiene o ha tenido alguna enfermedad venereal? SI NO
30. Se le ha diagnosticado que es HIV positivo? SI NO
31. Tiene usted SIDA? SI NO
32. Ha tenido o ha probado positivo para la hepatitis? SI NO
33. Tiene o ha tenido tuberculosis? SI NO
34. Fuma o mastica tabaco, usa rape o consume alguna otra variedad del tabaco? SI NO
35. Consume usted bebidas alcoholicas? SI NO
36. Utiliza habitualmente sustancias controtadas? SI NO
37. Ha estado usted bajo tratmiento peiquiatrico? SI NO
38. Usted a tomado la drega recetada fenfluramine, o fefluramine combinado con phentermine (fen-phen), dexfenfluramine (redux) o cualquier otro producto para perder peso? SI NO
39. Tiene usted alguna enfermedad, condicion o problema no mencionado aqui? Si es asi, explique _____ SI NO
40. Hay algo que debemos sabol sobre su salud y que no hemos preguntado en esta formulario? SI NO
41. Desea usted hablar en privado con el dentista acerca de algun problema? SI NO

Certincio que la informacion anterior es completa y exacta

FIRMA _____