

**MATHEW A. BERG**

1280 Hawkins Blvd, Ste 100

El Paso, TX 79925

(915) 591-5333

**INFORMACION PERSONAL** de \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

La información personal nos ayudará a darle la mayor consideración de su tiempo y sus sentimientos.

Es muy importante que nos de respuestas completas. Toda la información es, por supuesto, confidencial.

Tiene hoy algún problema dental? Si \_\_\_ No \_\_\_ Cual es el problema dental? \_\_\_\_\_

Tiene dolor o molestia por este problema dental? \_\_\_\_\_

Cuanto hace que visito a un dentista? \_\_\_\_\_

Que tratamiento le hicieron en su última cita dental? \_\_\_\_\_

Quien lo recomendó a nuestra oficina? \_\_\_\_\_

Su nombre \_\_\_\_\_ Nombre de su esposo (a) \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Teléfono (casa) \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_

Numero de Seguro Social \_\_\_\_\_ Ocupación \_\_\_\_\_

Nombre de la compañía de su trabajo \_\_\_\_\_ Teléfono (trabajo) \_\_\_\_\_ Numero de extensión \_\_\_\_\_

Tiene beneficios de seguro dental? Si \_\_\_ No \_\_\_

Nombre de su seguro dental \_\_\_\_\_

Si esta casada (o), ocupación de su esposo (a) \_\_\_\_\_

Nombre de al compañía de trabajo de su esposo (a) \_\_\_\_\_ Teléfono (trabajo) \_\_\_\_\_ Ext. \_\_\_\_\_

Su esposo (a) tiene beneficios de seguro dental? Si \_\_\_ No \_\_\_

Nombre del seguro dental de su esposo (a) \_\_\_\_\_

Nombre de su medico personal \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

**HISTORIA MÉDICA**

Ha tenido algún problema medico en los últimos 5 años? (Enfermedad seria, hospitalización, cirugía, etc.) Si \_\_\_ No \_\_\_

Si así fue, cual fue el problema? \_\_\_\_\_

Ha tenido alguna forma de cáncer? Si \_\_\_ No \_\_\_ Si así fue, que nombre o tipo? \_\_\_\_\_

Fecha de su último examen medico \_\_\_\_\_ Medico que la (o) atendió \_\_\_\_\_

Fecha de su último examen de sangre \_\_\_\_\_ Medico que la (o) atendió \_\_\_\_\_

Esta bajo cuidado medico actualmente? Si \_\_\_ No \_\_\_ Si esta, por que condición esta bajo este cuidado \_\_\_\_\_

Que tabletas, pastillas, o líquido toma? (esto incluye aspirina, vitaminas, tónicos, etc.) \_\_\_\_\_

Requiere su medico que tome antibióticos o algún medicamento antes de tratamiento dental? Si \_\_\_ No

Si requiere medicamento, cual es el nombre? \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento de su esposo (a) \_\_\_\_\_

