

YOGI DENTAL CENTER

30 SCOTLAND ROAD
ORANGE, NJ 07050
(973) 673 1311

SMILE CARE OF DENVILLE

9 MOUNT PLEASANT TPK, SUITE 203
DENVILLE, NJ 07834
(973) 366 6662

WWW.YOGIDENTAL.COM

Informacion Del Paciente:

Apellido: _____ Nombre: _____ Fecha de Examen _____

Direccion: _____ Razon de su visita: _____

Fecha de Nacimiento: _____ No.# de Tel.: _____ No.# de Negocio _____

Firma del paciente: _____ Fecha: ____/____/____

- | | |
|--|---|
| | SI NO |
| 1. Se encuentra en Buena salud? _____ | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 2. Esta bajo el cuidado de un Doctor? _____ | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 3. Ha tenido una enfermedad u operacion reciente? _____ | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 4. Esta bajo algun medicamento? Por favor anotelo _____ | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 5. Tiene alergia a algun medicamento? _____ | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 6. Tiene alergia a la penicilina, aspirina, o codeine? _____ | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 7. Tiene alergia a alguna anestecia local o general? _____ | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 8. Esta embarazada? _____ | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |

**Usted tiene o ha tenido alguna de estas enfermedades?
Las siguientes preguntas son importantes y confidenciales!
Indique si o no si le concide a Usted...**

- | | | | |
|--|---|---------------------------|---|
| | SI NO | | SI NO |
| Enfermedad al corazon _____ | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Tuberculosis _____ | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| Fiebre reumatica _____ | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Alergias _____ | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| Pulso irregular al corazon _____ | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Problemas al higado _____ | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| Presion alta o baja de la sangre _____ | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Diabetes _____ | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| Dificultades respiratorias _____ | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Hepatitis _____ | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| Deficiencia de sistema inmuno _____ | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Asma _____ | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| Enfermedad a la sangre _____ | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Bronquitis _____ | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| Problemas con anestecia local _____ | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Anemia _____ | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| Problemas a los pulmones _____ | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Epilepsia _____ | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| Enfermedades venereas _____ | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Ulceras _____ | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| Bajo tratamientos de radiacion _____ | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Tumores _____ | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| Infartos al corazon _____ | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | |

Firma del Paciente _____ Fecha _____