

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? _____
- 2. Esta bajo el cuidado de un Doctor? _____
- 3. Ha tenido una enfermedad u operacion reciente? _____
- 4. Esta bajo algun medicamento? Por favor anotelo _____
- 5. Tiene alergia a algun medicamento? _____
- 6. Tiene alergia a la penicilina, aspirina, o codeine? _____
- 7. Tiene alergia a alguna anestecia local o general? _____
- 8. Esta embarazada? _____

**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 _____

Tuberculosis _____

Fiebre reumatica _____

Alergias _____

Pulso irregular al corazon _____

Problemas al higado _____

Presion alta o baja de la sangre _____

Diabetes _____

Dificultades respiratorias _____

Hepatitis _____

Deficiencia de sistema inmuno _____

Asma _____

Enfermedad a la sangre _____

Bronquitis _____

Problemas con anestecia local _____

Anemia _____

Problemas a los pulmones _____

Epilepsia _____

Enfermedades venereas _____

Ulceras _____

Bajo tratamientos de radiacion _____

Tumores _____

Infartos al corazon _____

Firma del Paciente _____ Fecha _____