

Fecha: _____

Nombre Completo: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____ Correo Electrónico: _____

Dirección: _____ Código Postal: _____ Ciudad: _____

Si vive en Beloit, vive en la ciudad? Sí No

Celular: _____ Teléfono de casa: _____

Quien desea que contactemos en caso de emergencia?

Nombre	Parentesco (Esposo, Madre)	Teléfono ?

Si el paciente es menor de edad, por favor indicar información del tutor.

Nombre del tutor legal: _____ Teléfono: _____

Fecha de Nacimiento del tutor: _____ Dirección: _____

Parentesco: _____

Nacionalidad/Idioma/Fuma o no fuma

Primer idioma: _____ Genero de identidad: _____

Nacionalidad:

Hispano/Latino No Hispano/No-Latino

Raza: Blanco Africano americano Nativo americano/Pacífico

Indio Americano/Alaska Otro

Hogar y Características de la familia

¿Cual es el ingreso total estimado del año del hogar? _____

Lugar de nacimiento: _____

Miembros del hogar: _____

Ciudadano Americano Sí No

de menores de 17 años _____

Residente permanente legal Sí No

de mayores 18 años _____

Por favor marque lo que aplique a su hogar.

Paciente soltero/a Paciente es un veterano/vive con un veterano

Paciente sin vivienda Paciente con discapacidad o vive con un discapacitado

Una mujer es jefa de hogar Paciente parte de casa de soltero/a

Paciente vive con un anciano/a

Indique el proveedor de aseguransa:

Sin seguro Medicare Parte A ForwardHealth/BadgerCare VA/Veteranos

Número de aseguransa medica: _____

Historial dental

¿Cuánto hace desde su última cita dental? _____

¿Estás contento con la apariencia de tus dientes? Sí No

Por favor, circule cualquiera de los siguientes que correspondan.

Dientes sensibles	Sangrado de encias	Dientes dolorosos
Le duele la mandíbula	Dolor en/ o cerca de los oídos	Inflamación en la boca
Mal olor o sabor	Rechina los dientes	

Fuma: Diario De vez en cuando Fumador Social No ha fumado

Historial médico

Si usted tiene un doctor de cabecera por favor llenar abajo.

Nombre de la Clínica: _____ Número de teléfono de la clínica: _____

Nombre del doctor: _____

¿Está tomando algún medicamento? Sí No

Si respondio que si indique los medicamento/s: _____

¿Masticas tabaco? Sí No

¿Eres alérgico al látex? Sí No

¿Tienes alguna otra alergia? Sí No

Si respondio que si por favor anotar tipo de alergias: _____

¿Está embarazada actualmente? Sí No

Si respondio que si cuantas semanas de embarazo tiene? _____

Por favor, aga un circulo a lo que corresponda:

Artritis	Diabetis	Glaucoma	VIH Positivo	Acidez
Articulaciones artificiales	MRSA	Uso de drogas	Enfermedad renal	Trastorno alimentario
Radioterapia	Tuberculosis (TB)	Fiebre reumática	Enfermedad cardíaca	Asma
Alergias estacionales	Desmayos	Problemas de sangrado	Soplo cardíaco	Epilepsia
Enfermedad mental	Hepatitis A/B/C	Prolapso de la válvula mitral	Reacción al anestésico	Convulsiones
Alimentación	Cirrosis hepática	Reflujo gástrico	Presión arterial alta/baja	

Otro: _____

Firma del Paciente o Tutor: _____ Fecha: _____