

EMMET DENTAL PC

emmetdental.com

emmetdental@yahoo.com89-02, 165 STREET | SUITE MW29 • JAMAICA, NY 11432
(718)657-4838**Actualizacion De Antecedentes Medicos Para Pacientes Retornantes**

FOR OFFICE USE ONLY

Nombre Del Paciente: _____
Apellido Nombre**Estado Familiar: *** Soltero Cosado Nino Otro

Fecha De Nacimiento: *

Numero De Social:

Correro Electronico:

Direccion: _____

Telefono:*

- Celular: _____
- Casa: _____
- Trabajo: _____
- Otro: _____

Contacto De Emergencia/ Nombre Y Telefono:

Ultima Visita Dental: _____

Historia Medica (SELECTA LOS QUE APPLICAN)

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> *Pre-Med - Amox | <input type="checkbox"/> Cancer | <input type="checkbox"/> Pacemaker |
| <input type="checkbox"/> *Pre-Med - Clind | <input type="checkbox"/> Cholesterol+ | <input type="checkbox"/> Pregnancy |
| <input type="checkbox"/> *Pre-Med - Other | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Radiation Treatment |
| <input type="checkbox"/> Allergy – Aspirin | <input type="checkbox"/> Emphysema | <input type="checkbox"/> Rheumatic Fever |
| <input type="checkbox"/> Allergy – Codeine | <input type="checkbox"/> Epilepsy | <input type="checkbox"/> Sickle Cell |
| <input type="checkbox"/> Allergy – Latex | <input type="checkbox"/> Glaucoma | <input type="checkbox"/> Sinus Problems |
| <input type="checkbox"/> Allergy - Other | <input type="checkbox"/> Heart Murmur | <input type="checkbox"/> Stent |
| <input type="checkbox"/> Allergy – Penicillin | <input type="checkbox"/> Hemophilia | <input type="checkbox"/> Stroke |
| <input type="checkbox"/> Allergy – Sulfa | <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> Thyroid+ |
| <input type="checkbox"/> Allergy –Epinephrine | <input type="checkbox"/> High Blood Pressure | <input type="checkbox"/> Tuberculosis |
| <input type="checkbox"/> Allergy -Season/Food | <input type="checkbox"/> HIV/AIDS | <input type="checkbox"/> Tumors |
| <input type="checkbox"/> Allergy- Vancocin | <input type="checkbox"/> Jaundice | <input type="checkbox"/> Ulcers |
| <input type="checkbox"/> Allergy-Motrin/IB | <input type="checkbox"/> Kidney Disease | <input type="checkbox"/> Valve Prolapse |
| <input type="checkbox"/> Anemia Arthritis | <input type="checkbox"/> Liver Disease | <input type="checkbox"/> Venereal Disease |
| <input type="checkbox"/> Asthma/Bronchitis | <input type="checkbox"/> Mental Disabilities | |

Estas embarazada? Cuatos meses o semanas? _____

Lista De Medicamentos: _____

Nombre De Farmacia, Telefono, Direccion: _____

Firma: * _____

Fecha: * _____

Relacion: __*Paciente*

 __*Padre/Guardian Legal*

 __*Otro*