

# Urban Smiles Dental

776 E. 3rd Avenue \* Roselle, NJ 07203  
(908) 245-1600

POR FAVOR DIGA SI HA TENIDO O TIENE ALGUNA DE LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES:

- | SI                       | NO                       |  | SI                       | NO                       |   |
|--------------------------|--------------------------|--|--------------------------|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ENFERMEDAD DE LA SANGRE                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | TIENE ALGUNA ENFERMEDAD VENEREA                 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | INFECCION FRECUENTE                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | TUBERCULOSIS                                    |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | SANGRAMIENTO EXCESIVO DESPUES DE HERIDAS   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | SE HA HECHO ANALISIS PARA EL SIDA (VIH)         |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | DOLOR O INFLAMACION DE LAS ARTICULACIONES  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | TIENE ALGUNA ENFERMEDAD INFECCIOSA              |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | PROTESIS                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | PROBLEMAS NERVIOSOS                             |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ENFERMEDAD CARDIACA                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | EPILEPSIA, CONVULSIONES, DESMAYOS               |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | SUFRE DOLOR CARDIACO (ANGINA)              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ENFERMEDAD RESPIRATORIA                         |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | FIEBRE REUMATICA                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ASMA  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | SOPLO CARDIACO                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | BRONQUITIS O ENFISEMA                           |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | MARCAPASO CARDIACO                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | DIFICULTAD AL RESPIRAR                          |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | HA SUFRIDO EMBOLIA                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | TUMOR, QUISTE O CANCER                          |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | TENSION ARTERIAL (ALTA O BAJA)             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | HA RECIBIDO RADIACION O QUIMIOTERAPIA           |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | FALTA DE AIRE                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | OPERACION U HOSPITALIZACION                     |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | DIABETES                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | TRANSFUSION DE SANGRE                           |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | BOCA SECA                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ES FUMADOR / MASTICA TABACO                     |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | PROBLEMAS INTESTIBALES O ESTOMACALES       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | TOMA BEBIDAS ALCOHOLICAS                        |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ENFERMEDAD EN HIGADO O VESICULA            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | USA DROGAS                                      |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | HEPATITIS                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ES ALERGICO A PENICILINA O ALGUNA OTRA MEDICINA |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | GLAUCOMA                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | TIENES ALERGIAS                                 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | DOLOR DE CARA O BOCA                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | TIEN ALGO QUE HABLAR EN PRIVADO CON EL DOCTOR   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ENFERMEDAD EN RIÑONES (PATOLOGIAS RENALES) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | SE CONSIDERA QUE TIENE BUENA SALUD              |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | DOLOR EN LA ESPALDA                        |                          |                          |   |

#### SI ES MUJER:

- ESTA EMBARAZADA?  
  ESTA TOMANDO ANTICONCEPTIVO?

#### CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO

CERTIFICO QUE HE CONTESTADO TODAS LAS PREGUNTAS LO MEJOR POSIBLE.  
CONSIENTO QUE SE ME HAGA EL TRATAMIENTO DENTAL ADECUADO. CONSIENTO QUE SE USE ANESTESIA LOCAL CUANDO SEA INDICADO. CONSIENTO EL USO DE MI FIRMA PARA EL SEGURO.

Si esta oficina no puede aceptar los pagos asignados que ofrece mi seguro dental. Yo como paciente soy totalmente responsable por todos los servicios ofrecidos aunque no sean cubiertos por el mismo. Mi seguro posiblemente pueda cubrir una porcion del tratamiento o denegar por completo. La oficina no puede garantizar pagos ofrecidos por mi seguro. El estimado ofrecido por la oficina me sirve como guia hasta recibir pago final de mi seguro dental. Despues de ser recibidos los pagos finales por mi seguro mi cuenta sera totalizada y cualquier balance yo sere responsable.

FIRMA PACIENTE X \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_  
(O MIEMBRO DEL SEGURO SI ES MENOR DE EDAD)

## HISTORIA MEDICA