



Phone: (914) 941-2200

Chilmark Dental P.C.

**15 Pleasantville Rd.
Ossining, NY 10562**

Fecha De Nacimiento: _____ Numero De Social: _____

Nombre: _____

Direccion: _____

Telefono Hogar: _____ Trabajo: _____ Celular: _____

Referido Por: _____

Medico: _____ Direccion: _____ Telefono: _____

Dentista: _____ Direccion: _____ Telefono: _____

Nombre y Telefono en caso de una Emergencia: _____

Que sepa usted, padece usted o ha padecido usted alguna vez de lo siguiente

SI / NO	SI / NO	SI / NO
Asma..... ___ / ___	Enfermedad del Corazon..... ___ / ___	Es Alergico/a a lo siguiente..... ___ / ___
Bronquitis..... ___ / ___	Dolores del Pecho..... ___ / ___	Penicilina..... ___ / ___
Glaucoma..... ___ / ___	Enfermedad de los Pulmones..... ___ / ___	Codeina..... ___ / ___
Diabetes..... ___ / ___	Enfermedad de los Rinones..... ___ / ___	Novocaina..... ___ / ___
Alta presion..... ___ / ___	Problemas con la Quijada..... ___ / ___	Otro Medicamento:..... ___ / ___
Baja presion..... ___ / ___	Problemas de la Sangre..... ___ / ___	Cuales: _____
Hepatitis..... ___ / ___	Sangra mas de lo normal..... ___ / ___	_____
Convulsiones..... ___ / ___	Enfermedad Venerea..... ___ / ___	_____
Fiebre Reumatica..... ___ / ___	Herpes..... ___ / ___	_____
Alergia..... ___ / ___	Sida..... ___ / ___	

Esta usted tomando algun tipo de medicamento?..... ___ / ___

Esta usted bajo el cuidado de un medico?..... ___ / ___

Ha sido usted hospitalizado/a en los ultimos cinco anos?..... ___ / ___

Se considera usted en buena salud?..... ___ / ___

Mujeres Solamente: Esta Udsted Encinta?..... ___ / ___

Consentimiento para tratamiento:

Yo concedo autoridad a los doctores en Chilmark Dental PC y su personal que ejecuten los procedimientos de sean necesarios con el diagnostico y tratamiento de mi condicion. Incluyendo, pero no limitandose a los (rayos x) radiogram examenes adicionales.

Yo certifico que toda la informacion dada es correcta.

Fecha: _____ Firma: _____

(Madre/Padre Si paciente es Menor)

Tiene usted algun seguro o beneficios de union que cubran su tratamiento? _____

Nombre del miembro de la poliza: _____ Relacion: _____

Numero de seguro social del miembro: _____ Fecha de nacimiento del miembro _____

Tiene usted o su esposo/a otro seguro cual pueda cubrir su tratamiento dental? _____

Paciente _____

Esposo/a _____