



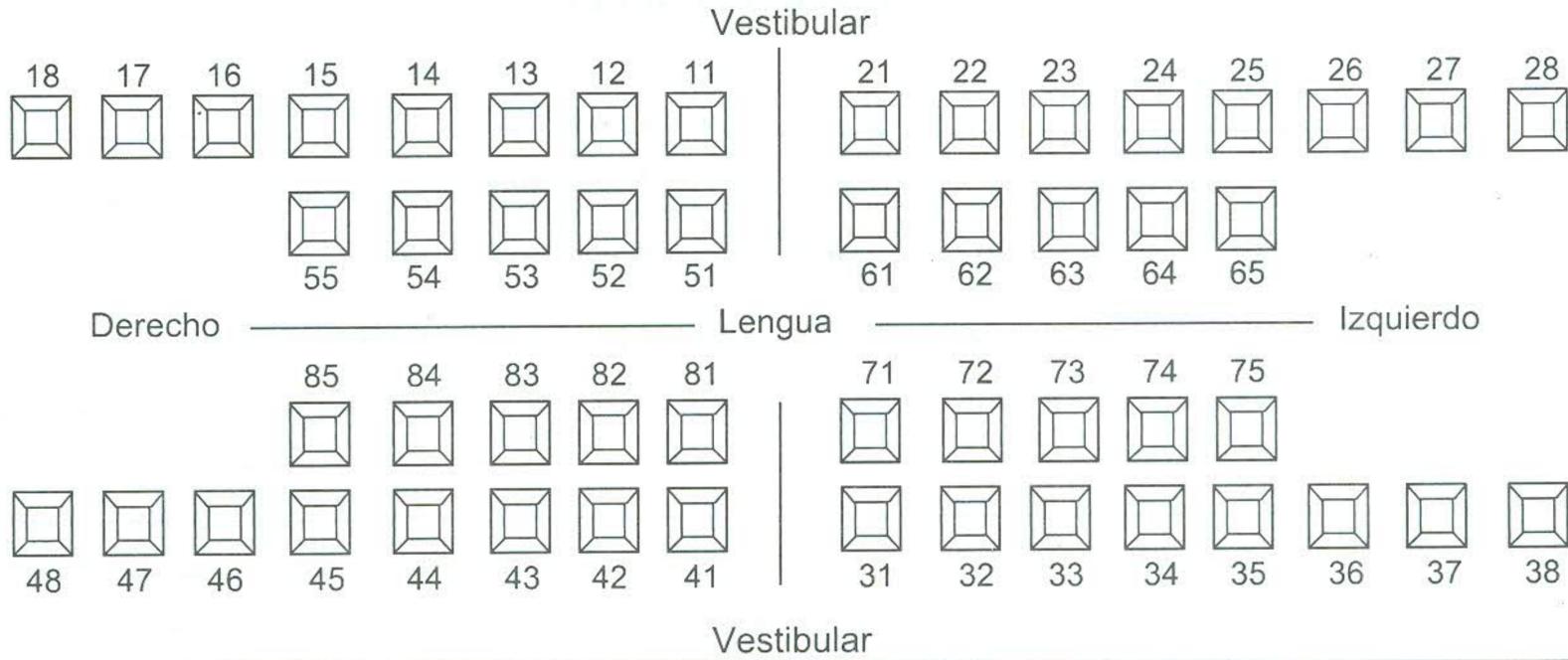
SEGUROS AMERICA

Asegurando tu futuro

NOMBRE ASEGURADO: _____

PÓLIZA NÚMERO: _____

FECHA DE ATENCIÓN: _____



TRAT. ACTUAL DE LA PIEZA	TRATAMIENTO	VALOR DEL TRATAMIENTO

ANTECEDENTES PATOLOGICOS:

Marque con una "X" dentro de los círculos si la respuesta es afirmativa. Déjelo en blanco si es "no".

- ¿Es ésta su primera visita?
- Si ha habido experiencia dental previa
- Fue satisfactoria
- Le pusieron anestesia local
- Le tomaron radiografías
- Le dieron instrucciones de higiene oral
- Efectuó visitas periódicas a la clínica
- ¿Hubo algún problema?

- Posibilidades oral debido a
- Calor Dulces Masticar
- Frío Sensaciones previas

Existen historia de:

- Chuparse el dedo Dificultad al tragar
- Oclusión Lengual Respiración bucal
- Mordedor de objetos duros

- Ha tenido
- Exámen físico reciente
- Problemas cardíacos
- Presión arterial alta
- Presión arterial baja
- Problemas de circulación
- Problemas nerviosos
- Tratamiento de radiación
- Dolor en región auditiva
- Exceso de sangrado
- Sangrado de encías
- Empaque alimenticio
- Tratamientos de fluor
- Pruebas de vitalidad pulpar
- Alergias a anestésicos locales
- Alergias a antibióticos

- Otras alergias
- Amigdalectomía
- Adenoídes removidos
- Anemia
- Artritis
- Asma
- Encefalitis
- Viruela
- Sinusitis crónica
- Epilepsia
- Mastoiditis
- Otitis
- Paperas
- Nefrosis
- Fiebre reumática
- Escarlatina
- Tifoidea
- Amigdalitis
- Tuberculosis
- Sífilis

Observaciones: _____

Nombre y Sello del Médico

Firma del Paciente