

Gregory J. Ocampo D. D. S
1994 D Main Street, Watsonville Ca. 95076 (831) 724-7400

Nombre de paciente: _____ Fecha de Hoy: _____
Fecha de nacimiento _____ (apellido) _____ (Nombre) _____ Numero de seguro social _____
Edad _____ Sexo M _____ F _____

Domicilio: _____ Telefono _____

_____ Celular _____
(ciudad) _____ (codigo postal) _____
Nombre y lugar de empleo _____ Telefono de empleo _____

Nombre de conyuge _____ Telefono de dia# _____
(si es aplicable) _____ relacion al miembro de la familia _____

Persona responsable de esta cuenta _____
(si diferente al paciente)

Recomendo por? _____

Encaso de emergencia: _____ Telefono _____
(llama a parte de conyuge)

Dentista Anterior _____ Ciudad _____

Telefono# _____ Rayo-x tomados en los ultimos 5 yrs? _____

Informacion de Seguro Dental:

Nombre de Aseguranza _____ Fecha de Nacimiento _____

Numero de seguro social _____ Nombre y lugar de empleo _____

Compania de Aseguranza _____ Numero de Grupo _____

Tocante a su seguro dental, deecemos comunicarle a usted, el paciente que comprenda que todos los servicios prestados son costos cobrados directamete a usted y usted es personalmente responsable por pagar. El doctor recomienda servicios a base de sus necesidades dentales apesar de los beneficios de su seguro dental, le preparamos las formas necesarias, con documentaciones apropiadas para que usted obenga los beneficios de su seguro. Me gustaria que la oficina de el Dr. Ocampo envie las formas a mi seguro dental. Se aumentara 18% de interes a su cuenta despues de 90 dias.

Firma _____

Historia Medica:

Ha estado hospitalizado durante los ultimos dos años?..... Si No

Explique, _____

Ha estado bajo el cuidado medico durante los ultimos dos años?..... Si No

Explique, _____

Nombre del Medico _____ Telefono de Medico _____

Es Alergico a algun medicamento? (Por ejemplo: Comezon, ronchas en la piel, codeina, drogas o medicinas? Si No

Ha tomado medicina o drogas durante los ultimos dos años?Si No
 Ha sangrado en exceso que requizo tratamiento especial?Si No
 Usted fuma? Si No Si fuma, Cuanto? _____
 Al subir escaleras o al caminar se detiene por algun dolor en el pecho, falta de respiracion o porque esta muy cansado/a?..... Si No
 Al estar dormido despierta por falta de respiracion?..... Si No
 Ha bajado o aumentado mas de diez libras en el ultimo año?..... Si No
 Esta usted en alguna dieta especial?..... Si No
 Se le hinchan los tobillos durante el dia?..... Si No
 Tiene usted alguna enfermedad, condicion o problema no mencionada?..... Si No

Circule "Si" o "No" si tiene oa tenido alguno de lo siguiente.

Fallas del Corazon.....Si No	Enfermedades de los Riñones.....Si No	S.I.D.A.....Si No
Enfermedades del Corazon o ataques.....Si No	Ulceras..... Si No	Positivo en V.I.H.....Si No
Angina de Pecho.....Si No	Diabetis..... Si No	Fuegos.....Si No
Sople del Corazon.....Si No	Enfermedad de la Tiroides..... Si No	Desorden de sangre.....Si No
Alta Presion.....Si No	Glaucoma..... Si No	Transfucion de sangre..... Si No
Arteriosclerosis.....Si No	Cancer..... Si No	Hemofilia..... Si No
Mitro Valve Prolapse.....Si No	Tos..... Si No	Anemia..... Si No
Valvula Artificial de Corazon....Si No	Problemas Respiratorios..... Si No	Enfermedad Celula..... Si No
Monitor de Corazon..... Si No	Moretea facilmente..... Si No	Alergia a Latex.....Si No
Cirugia del Corazon..... Si No	TuberculosisSi No	Enfermedad del Higado..... Si No
Ataque Cardiaco..... Si No	Asma..... Si No	Jaundice Amarillo (la piel se enverdece, los ojos cambian a Amarillo..... Si No
Fiebre Reumatica..... Si No	Alergias..... Si No	Epilepsia o ataques..... Si No
Reumatismo..... Si No	Problemas Nasaes..... Si No	Mareos..... Si No
Medicina con Cortisona..... Si No	Rayos X o Tratamiento Si No	Tratamiento Siquiatrico..... Si No
Adicto a Drogas..... Si No	QuimioterapiaSi No	Nerviosismo..... Si No
Incapasitado Coyunturas... Si No	Hepatitis Infecciosa..... Si No	Hepatitis C..... Si No
Artificial..... Si No	Hepatitis B Suero..... Si No	Fen Phen o Radux..... Si No
Tumores or Growths..... Si No	Articulacion Artificial..... Si No	
Hormonas..... Si No	Enfermedades Venereas.. Si No	

Para Mejeres:

Esta usted embarazada ahora? Si No Cuantos Meses? _____ Esta usted amamantando? Si No
 Usa usted alguna forma de anticonceptivo? Si No Cual? _____

Comprendo que la informacion de arriba es necesaria para obtener servicio dental en la manera mas eficiente. Por mi mejor reconocimiento las siguientes respuestas son verdaderas y correctas. Se requiere 24 horas de antisipo para cambiar su sita o habra un cargo de \$25.00 por cada media (1/2) hora.

Fecha	Firma de Doctor	Firma de paciente
For Doctor's Use Only:		
Date:	Medical Changes:	None: Pt Initial:
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____