

**REGINALD PETTAWAY, D.D.S.**

**Esthetic & General Dentistry**

9850 Key West Avenue, Suite 308

Rockville, MD 20850

(301) 217-9700

DrReginaldPettaway.com

Chart#: \_\_\_\_\_  
FOR OFFICE USE ONLY

**Información de Paciente**

Nombre Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Apellido, Nombre Segundo nombre (Nombre preferido)

Género: M \_\_\_\_\_ F \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_

# de Seguro Social: \_\_\_\_\_ Fecha de Cumpleaños: \_\_\_\_\_

Telefono (Casa): \_\_\_\_\_ (Trabajo): \_\_\_\_\_ Ext.: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Calle

Apartamento #

Ciudad

Estado

Código Postal

**Información de Salud**

Fecha de ultima visita al dentista: \_\_\_\_\_ Motivo de visita: \_\_\_\_\_

Tiene o ha tenido alguna vez lo siguiente? Por favor escoja todas las que aplican:

- |   |  |   |  |
|---|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Sida o Infección por VIH | <input type="checkbox"/> Diabetes                          | <input type="checkbox"/> Ictericia                | <input type="checkbox"/> Problemas Estomacales |
| <input type="checkbox"/> Alergia a Codeína        | <input type="checkbox"/> Mareos                            | <input type="checkbox"/> Problemas Renales        | <input type="checkbox"/> Infarto               |
| <input type="checkbox"/> Alergia a Penicilina     | <input type="checkbox"/> Epilepsia                         | <input type="checkbox"/> Enfermedades del Hígado  | <input type="checkbox"/> Tuberculosis          |
| <input type="checkbox"/> Alergia a Sulfa          | <input type="checkbox"/> Hemorragia Excesiva               | <input type="checkbox"/> Perturbación Mental      | <input type="checkbox"/> Tumores               |
| <input type="checkbox"/> Alergia a Látex          | <input type="checkbox"/> Desmayo                           | <input type="checkbox"/> Problemas Nerviosos      | <input type="checkbox"/> Ulcera                |
| <input type="checkbox"/> Alergia a _____          | <input type="checkbox"/> Glaucoma                          | <input type="checkbox"/> Marcapasos               | <input type="checkbox"/> Enfermedad Venérea    |
| <input type="checkbox"/> _____                    | <input type="checkbox"/> Crecimientos                      | <input type="checkbox"/> Embarazo                 |  |
| <input type="checkbox"/> Anemia                   | <input type="checkbox"/> Fiebre del heno/ Alergia al polen | Quando Nace: _____                                | Otra: _____                                    |
| <input type="checkbox"/> Artritis                 | <input type="checkbox"/> Heridas en Cabeza                 | <input type="checkbox"/> Tratamiento de Radiación | <input type="checkbox"/> _____                 |
| <input type="checkbox"/> Articulación artificial  | <input type="checkbox"/> Problemas Cardíacos               | <input type="checkbox"/> Problemas Respiratorios  | <input type="checkbox"/> _____                 |
| <input type="checkbox"/> Asma                     | <input type="checkbox"/> Soplo Cardíaco                    | <input type="checkbox"/> Fiebre Reumática         |  |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad en la sangre  | <input type="checkbox"/> Hepatitis                         | <input type="checkbox"/> Reumatismo               |  |
| <input type="checkbox"/> Cáncer                   | <input type="checkbox"/> Presión Alta                      | <input type="checkbox"/> Problemas Nasales        |  |

-¿Ha tenido complicaciones alguna vez con tratamiento dental?  Si  No

Si responde si, por favor explique: \_\_\_\_\_

-¿Ha sido admitido a un hospital en estado de emergencia o cuidado necesitado durante los últimos dos años?  Si  No

Si responde si, por favor explique: \_\_\_\_\_

-¿Esta usted en tratamiento con un médico?  Si  No

Si responde si, por favor explique: \_\_\_\_\_

-Nombre de Doctor: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

-¿Usted tiene cualquier problema de salud que necesite clarificación adicional?  Si  No

Si responde si, por favor explique : \_\_\_\_\_

Yo certifico que he leído la información de arriba. Para mi mejor conocimiento, las preguntas anteriores han sido correctamente contestadas, Yo entiendo que proveer información incorrecta puede ser peligroso para mi salud.

\_\_\_\_\_  
Firma de paciente, padre o encargado. Fecha: \_\_\_\_\_

**Información de Referencia**

- A quien le agradecemos que lo hayan referido a nosotros?  Amigo  Otro Paciente, Familiar  Oficina Dental  Paginas Amarillas
- Periódico  Pagina de Internet  TV  Escuela  Trabajo Otro \_\_\_\_\_