

**Shepherd Mall Family Dentistry**  
**Family & Cosmetic Dentistry - Implants - Invisalign**  
 2401 NW 23<sup>rd</sup> Street - Oklahoma City, OK 73107  
 Telephone - (405) 942-0337  
 Español - (405) 778-8282

**Patient Health History & Information**

Nombre \_\_\_\_\_ Apodo \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_  
Nombre Segundo Apellido  
 Direccion \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_  
 Codigo Zip \_\_\_\_\_ Telefono de Casa \_\_\_\_\_  
 Telefono del Trabajo \_\_\_\_\_ ext. \_\_\_\_\_  
 Celular \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Seguro Social \_\_\_\_\_  
 Correo Electronico \_\_\_\_\_ Indique: Niño Soltero Casado Separado Sexo: M / F  
 Lugar de Empleo: \_\_\_\_\_  
 Contacto de Emergencia \_\_\_\_\_ Telefono. \_\_\_\_\_  
 Nombre de esposo/a \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_  
 Seguro Social de esposo/a \_\_\_\_\_ Empleo de Esposo/a \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_  
 Celular de Esposo/a \_\_\_\_\_  
 Persona responsable por la cuenta? \_\_\_\_\_ Relacion al paciente: \_\_\_\_\_  
 Tiene Seguro Dental? Si o No

**HISTORIA MEDICAL**

Enfermedades graves o operaciones? \_\_\_\_\_  
 Por favor ponga todos sus medicamentos de receta: \_\_\_\_\_

Mujeres: *Esta embarazada?* Si o No Fecha de Vencimiento: \_\_\_\_\_ Esta dando pecho? Si o No  
 Usando control de natalidad? Si o No Esta haciendo planes para embarazarse? Si o No

Indique problema con:

- |   |   |   |   |
|---|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Alcohol/Drogas           | <input type="checkbox"/> Diabetes                   | <input type="checkbox"/> Alergia a Latex            | <input type="checkbox"/> Apoplejia                |
| <input type="checkbox"/> Alergia a Amoxicilina    | <input type="checkbox"/> Epilepsia                  | <input type="checkbox"/> Dolor de cabeza            | <input type="checkbox"/> Alergia a Sulfa          |
| <input type="checkbox"/> Anemia                   | <input type="checkbox"/> Alergia a Erythromycin     | <input type="checkbox"/> Prolapso de valvula Mitral | <input type="checkbox"/> Hinchazon de pie/tobillo |
| <input type="checkbox"/> Alergia a Anesthesia     | <input type="checkbox"/> Ampolla de fiebre          | <input type="checkbox"/> Llagas                     | <input type="checkbox"/> Problemas de tirodeo     |
| <input type="checkbox"/> Artritis                 | <input type="checkbox"/> Glaucoma                   | <input type="checkbox"/> Marcapasos                 | <input type="checkbox"/> Uso de tabaco            |
| <input type="checkbox"/> Articulacion Artificial  | <input type="checkbox"/> Murmura de corazon         | <input type="checkbox"/> Alergia a Penicillin       | <input type="checkbox"/> Tuberculosis             |
| <input type="checkbox"/> Asma                     | <input type="checkbox"/> Valvula de Corazon         | <input type="checkbox"/> Hemorragia Prolongada      | <input type="checkbox"/> Ulcera                   |
| <input type="checkbox"/> Problemas de espalda     | <input type="checkbox"/> Discapcidad auditiva       | <input type="checkbox"/> Problemas Psiquiatricos    |   |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad de sangre     | <input type="checkbox"/> Hepatitis                  | <input type="checkbox"/> Enfermedad Respiratoria    |   |
| <input type="checkbox"/> Cancer _____             | (Indique: A - B - C)                                | <input type="checkbox"/> Fiebre Reumatica           |   |
| <input type="checkbox"/> Chemoterapia/Radiacion   | <input type="checkbox"/> Hipertension               | <input type="checkbox"/> Fiebre Escarlatina         |   |
| <input type="checkbox"/> Problemas de circulacion | <input type="checkbox"/> VIH/SIDA                   | <input type="checkbox"/> Enfermedad Venerea _____   |   |
| <input type="checkbox"/> Alergia a codeina        | <input type="checkbox"/> Reemplazo de articulacion  | <input type="checkbox"/> Respiracion dificultosa    |   |
| <input type="checkbox"/> Depresion                | <input type="checkbox"/> Enfermedad de riñon/higado | <input type="checkbox"/> Apnea del Sueño            |   |

**AUTORIZACION**

Con mi firma autorizo pago directo al Consultorio de los beneficios de seguro en grupo que de otra manera se me enviarin. Entiendo que soy responsable por todos los costos del tratamiento dental. La informacion en esta pagina y la historia dental y medica es exacta, que yo sepa. Otorgo al dentista el derecho de soltar estas historias y otra informacion a personas pagadoras o otros profesionistas medicos segun las leyes de HIPPA.

\_\_\_\_\_  
 Nombre del paciente (escrito) Fecha \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 Firma del paciente Fecha \_\_\_\_\_