



Formulario De Registro de La Odontología Del Corazón

Fecha: _____

Nombre Paciente: _____ Fecha del nacimiento: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____ SS#: _____

Tutor / Padre (si el paciente es un menor de edad): _____

Usted tiene o siempre ho tenido:

	<i>Sí</i>	<i>No</i>
Sangría anormal	_____	_____
Condición anormal del corazón	_____	_____
Fiebre reumática	_____	_____
Prolapso de la válvula mitral	_____	_____
Murmullos del corazón	_____	_____
Uniones artificiales	_____	_____
Hepatitis	_____	_____
HIV	_____	_____

Es usted alérgico a cualquier droga o medicamentos? Si es así, por favor enumere:

Cualquier otra condición física que debamos sabre, por favor enumere:

Razón de visita de hoy (*círculo uno*): Extracción Diente llenado Higiene Limpieza



Consentimiento Fundamentato

Autorizo al Drs. Allen, Tosto, Wilson, Duval, and Dority y/o su personal designado para realizar cualquier servicios necesarios para diagnosticar necesidades dentales mia o de mi dependiente. Sobre tal diagnosis, Autorizo al Drs. Allen, Tosto, Wilson, Duval, and Dority y/o su personal designado para realizar todo el tratamiento recomendado y aceptado mutuamente por mí . Entiendo que el uso de anestésicos y de sedativos implica a veces riesgos, y eso que yo puedo pedir un decreto completo de estos riesgos.

Entiendo que cualquier y todo tratamiento o sercicio realizado o diagnosticado por el Drs. Allen, Tosto, Wilson, Duval, and Dority y/o su personal designado en la fecha de hoy 9-23-10 La Odontología Del Corazón es gratuita y viene sin garantías de ningun tipo, ya sea expresa o implicita.

Firma del paciente / Padre / Tutor: _____

USO DE LA OFICINA SOLAMENTE: _____ Ayudante _____ Doctor

Notas de progreso:

4355 _____ 7210# _____ 2330# _____ 2331# _____ 2391# _____ 2392# _____

1110 _____ 2332# _____ 2392# _____

USTED DEBE LEER Y FIRMAR EL PLENO CONSENTIMIENTO DE LA PARTE POSTERIORA ANTES DEL TRATAMIENTO