



## Howe Dental Associates

Dr. Michael Weiner, D.D.S.

15 Howe Ave, Suite 2B, Passaic, NJ 07055

NPI: 1356648422 — NJ License: 22DI02459000

Tel: 973.365.1931 — Fax: 973-365-1590

Email: [HoweDentalAssociates@gmail.com](mailto:HoweDentalAssociates@gmail.com) Web: [www.howedentalnj.com](http://www.howedentalnj.com)

Fecha: \_\_\_\_\_

Referido por: \_\_\_\_\_

### Information del paciente

#### Paciente

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Si es menor de edad: nombre de los padres: \_\_\_\_\_

— Hombre / Mujer \* ( SSN: \_\_\_\_\_ )

Dirección postal: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_

ZIP estado: \_\_\_\_\_ Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

Núm. De casa / celular: \_\_\_\_\_ Núm. De trabajo: \_\_\_\_\_

Estado civil: ( ) Soltero ( ) Casado ( ) Viudo ( ) Divorciado

Contacto de emergencia: \_\_\_\_\_

Relación: \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_

#### **Seguro dental primario**

Nombre de la compañía de seguro: \_\_\_\_\_

Nombre del grupo: \_\_\_\_\_ Numero de grupo: \_\_\_\_\_

Nombre de los suscriptores: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

#### **Seguro dental secundario**

Nombre de la compañía de seguros: \_\_\_\_\_

Nombre del grupo: \_\_\_\_\_ Numero de grupo: \_\_\_\_\_

Nombre de los suscriptores: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

#### **Seguro médico primario**

Nombre de la compañía de seguros: \_\_\_\_\_

Nombre del grupo: \_\_\_\_\_ Numero de grupo: \_\_\_\_\_

Nombre de los suscriptores: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Relación con el paciente: \_\_\_\_\_



## Howe Dental Associates

Dr. Michael Weiner, D.D.S.

15 Howe Ave, Suite 2B, Passaic, NJ 07055

NPI: 1356648422 — NJ License: 22DI02459000

Tel: 973.365.1931 — Fax: 973-365-1590

Email: [HoweDentalAssociates@gmail.com](mailto:HoweDentalAssociates@gmail.com) Web: [www.howedentalnj.com](http://www.howedentalnj.com)

### Historial médico de salud

¿Tiene o ha tenido alguno de los siguientes síntomas?  
(Marque cualquiera que corresponda)

- Cáncer o tumor
- Enfermedad del corazón o angina
- Soplo cardíaco, prolapso de la válvula mitral, Defecto del corazón
- Fiebre reumática o enfermedad cardíaca reumática
- Articulación o válvula artificial
- Presión arterial alta / baja
- Marcapasos
- Tuberculosis u otros problemas pulmonares
- Enfermedad del riñón
- Hepatitis u otra enfermedad hepática
- Alcoholismo
- Transfusión de sangre
- Diabetes
- Condición neurológica
- Epilepsia, convulsiones o desmayos
- Condición emocional
- Artritis
- Herpes y / o herpes labial
- SIDA o HIV+
- Migrañas o dolores de cabeza frecuentes
- Anemia o trastornos sanguíneos
- Sangrado anormal después de las extracciones, Cirugía o trauma
- Fiebre del heno o problemas de los senos nasales
- Alergias o urticaria
- Asma

¿Fumas? ¿O usa tabaco de mascar? Sí / No

Nombre de su médico: \_\_\_\_\_

¿Tiene alguna enfermedad, afección o problema no mencionado anteriormente? SI o NO?

En caso afirmativo, explíquelo por favor: \_\_\_\_\_

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

¿Es alérgico o ha reaccionado adversamente a alguno de los siguientes?

- Materiales de látex
- Penicilina u otros antibióticos
- Anestésicos locales (novocaína)
- Codeína u otros narcóticos
- Drogas sulfa
- Barbitúricos, sedantes o pastillas para dormir
- Aspirina
- Otro: \_\_\_\_\_

¿Está tomando alguno de los siguientes?

- Aspirina
- Anticoagulantes
- Fármaco antibiótico o sulfa
- Medicamentos para la presión arterial alta / baja
- Antidepresivos o tranquilizantes
- Insulina, Orinasa y / u otros medicamentos para la diabetes
- Nitroglicerina
- Cortisona u otros esteroides
- Osteoporosis (densidad ósea)
- Otro: \_\_\_\_\_

**Mujer:**

Embarazada

Fecha de Entrega Estimada:

\_\_\_\_\_

Tomando hormonas o anticonceptivos