

## Dental Clinic Registration Card — Tarjeta para la Clínica Dental

Nombre: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: M F Presión: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_

Queja Principal \_\_\_\_\_

¿Tiene usted alergia a alguna medicina? Sí o No

Si es así, ¿a cuáles medicinas? \_\_\_\_\_

¿Ha recibido usted tratamiento medico para...

enfermedades del corazón? Sí o No

diabetes? Sí o No

tuberculosis? Sí o No

alta presión de la sangre? Sí o No

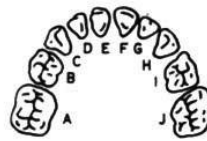
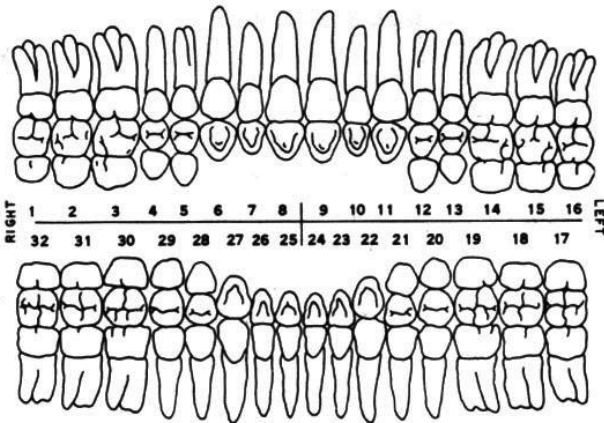
riñones? Sí o No

asma? Sí o No

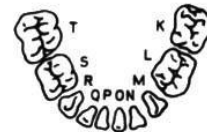
¿Ha tenido usted problemas antes con hemorragia severa al extraerle dientes? Sí o No

**Para Mujeres:** ¿Está embarazada? Sí o No ¿Lactando? Sí o No

(Back of card)



**Extracted: Mark with "X"**



**Missing: Mark with "M"**

DATE	NUMBER	DESCRIPTION

Tylenol: \_\_\_ Tylenol #3: \_\_\_ Penicillin: \_\_\_ Erythromycin: \_\_\_ Alveoplasty: \_\_\_ Sutures: \_\_\_