

STOPPELBEIN, COLEMAN, & HARDISON, DDS  
P.O. BOX 424  
WARSAW, NC 28398

LA FECHA \_\_\_\_\_  
(DATE)  
NOMBRE DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_  
(PATIENT'S NAME) (DATE OF BIRTH)  
NOMBRE DE ESPOSO / A: \_\_\_\_\_  
(SPOUSE NAME)  
NOMBRE DE LA PERSONA RESPONSABLE: \_\_\_\_\_  
(NAME OF RESPONSIBLE PARTY)  
DIRECCION DE LA RESIDENCIA: \_\_\_\_\_  
(HOME ADDRESS)  
CIUDAD \_\_\_\_\_ ESTADO \_\_\_\_\_ CODIGO POSTAL \_\_\_\_\_  
(CITY) (STATE) (ZIP CODE)  
TELEFONO (RESIDENCIA): \_\_\_\_\_ TELEFONO (TRABAJA): \_\_\_\_\_  
(HOME TELEPHONE NUMBER) (WORK TELEPHONE NUMBER)  
NUMERO DE SEGURO SOCIAL (PACIENTE): \_\_\_\_\_ (DE ESPOSO / A): \_\_\_\_\_  
(PATIENT'S SOCIAL SECURITY NUMBER) (SPOUSE'S SOCIAL SECURITY NUMBER)  
NOMBRE DE LA COMPANIA DE SU SEGURO DENTAL: \_\_\_\_\_  
(NAME OF YOUR DENTAL INSURANCE COMPANY)  
GRUPO (NUMERO DEL...): \_\_\_\_\_ NUMERO DEL LA POLIZA: \_\_\_\_\_  
(GROUP NUMBER) (POLICY NUMBER)  
DOCTOR (A) / MEDICO (A): \_\_\_\_\_  
(MEDICAL DOCTOR)

LE HA DICHO UN DOCTOR/ MEDICO QUE TIENE ALGUNA DE LAS ENFERMEDADES NOMBRADAS?  
RESPONDA SI O NO

(HAS A PHYSICIAN EVER INFORMED YOU THAT YOU HAD ANY OF THE FOLLOWING ILLNESSES? YES OR NO)

- [ ] ALERGIA A MEDICINAS/ OTRA ALERGIA [ ] ASMA [ ] PROBLEMAS RESPIRATORIOS  
(MEDICINE ALLERGIES/OTHER ALLERGIES) (ASTHMA) (BREATHING PROBLEMS)  
[ ] PROBLEMAS DEL TIROIDES [ ] PROBLEMAS DEL RINONES [ ] CANCER  
(THYROID PROBLEMS) (KIDNEY PROBLEMS) (CANCER)  
[ ] ANEMIA [ ] ALTA PRESION SANGUINEA [ ] PROBLEMAS DE LA SANGRE  
(ANEMIA) (HIGH BLOOD PRESSURE) (BLOOD PROBLEMS)  
[ ] PROBLEMAS CARDIACOS O MURMUR [ ] FIEBRE REUMATICA [ ] DERRAME CEREBRAL  
(HEART PROBLEMS OR MURMUR) (RHEUMATIC FEVER) (STROKE)  
[ ] HEPATITIS [ ] ENFERMEDADES VENEREAS [ ] TUBERCULOSIS [ ] DIABETES  
(HEPATITIS) (VENEREAL DISEASE) (TUBERCULOSIS) (DIABETES)  
[ ] VIH POSITIVO/ SIDA [ ] CONVULSIONES [ ] ESTA EMBARAZADA  
(HIV POSITIVE/AIDS) (SEIZURES) (ARE YOU PREGNANT)  
OTRA PROBLEMAS \_\_\_\_\_  
(OTHER PROBLEMS)

ESTA BAJO CUIDADO MEDICO AHORA? POR QUE? \_\_\_\_\_  
(ARE YOU UNDER DOCTOR'S CARE NOW, WHY)

SI ESTA TOMANDO ALGON REMEDIO, INDIQUE AQUI COMO SE LLAMA:  
(IF YOU ARE TAKING ANY MEDICINE, LIST IT HERE)

CUANDO VISITO AL DENTISTA POR ULTIMA VEZ? QUIEN? \_\_\_\_\_  
(WHEN DID YOU LAST SEE A DENTIST, WHO)