

SMILES BY  
*Dr. Gene Dongieux, Ortodoncista*  
*Dr. Francesca Velasco, Dentista*  
*General*

3501 Severn Ave, suite 3-D, Metairie, LA 70002  
(504) 333- 6353 www.neworleans-smiles.com

NOMBRE: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_ F.Nacimiento. \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_

Direc. Postal: \_\_\_\_\_ Telefono Casa # \_\_\_\_\_

Telefono Trabajo # \_\_\_\_\_ Telefono Mobil \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

Si el paciente es menor, escriba el nombre del representante:

\_\_\_\_\_

Dentista: \_\_\_\_\_ Fecha última visita : \_\_\_\_\_

Quien lo refirió a nuestra oficina? \_\_\_\_\_

Que le gustaría cambiar acerca de sus dientes? \_\_\_\_\_

**INFORMACION DE SEGURO DENTAL:**

COMPANIA DE SEGURO \_\_\_\_\_

NOMBRE ASEGURADO \_\_\_\_\_

TELEFONO SEGURO \_\_\_\_\_

# SEGURO SOCIAL ASEGURADO \_\_\_\_\_

EMPLEADOR \_\_\_\_\_

## HISTORIA MEDICA

1. ¿Se encuentra Usted en Buena Salud?

---

2. ¿Tiene un Médico de Cabecera?\_\_\_\_\_ Razón por la cual está bajo cuidado médico:

---

3. ¿Está tomando algún medicamento?

---

4. Por favor haga un círculo alrededor de la enfermedad que ha padecido o padece:

Enf. Cardiovascular/ Ataque Corazón	Virus HIV (SIDA)	Hemofilia	Diabetes
Presión Arterial Alta	Hepatitis	Enf. Nerviosa	Epilepsia
Soplo Cardíaco	Adicción drogas	Alergias	Insuficiencia Renal
Insuficiencia Hepática	Asma	Anemia	Tuberculosis
Glaucoma	Dolor en huesos cara / articulaciones		Fiebre Reumática

5. ¿Es Usted Alérgico a algún medicamento ó Substancia?

---

*Firma del Paciente o Representante*

\

---

*Fecha* \_\_\_\_\_