

MARTIN GARFIELD, D.D.S.
 ROBERT M. KRAMER, D.D.S.
 STEVEN D'ABUNDO, D.D.S.
 JOHN SOH, D.M.D.

PRACTICE LIMITED TO
 ORAL AND MAXILLOFACIAL SURGERY
 2116 MERRICK AVE. SUITE 4008
 MERRICK, NEW YORK 11566

TEL: (516) 546-1444
 FAX: (516) 546-3576

I HAVE READ AND
 UNDERSTAND ALL
 HIPAA REGULATIONS

Nombre de Paciente _____ Fecha _____

1. ¿Esta en buen estado de salud? Si _____ No _____
 Si la respuesta es no porque no esta en buen estado de salud? _____
2. ¿Quien es su medico Familia? _____
3. ¿Esta tomando alguna medicación? (Incluyendo pastillas para prevenir embarazo) _____
4. ¿Tiene la presión alta? Si _____ No _____
5. ¿Tiene fiebre reumática? Si _____ No _____
6. ¿Tiene murmullo en el corazón? Si _____ No _____
7. ¿Tiene problemas en el corazón?
 Por favor sea especifico _____
8. ¿Tiene diabetes? Si _____ No _____
 ¿Como es controlada? _____
9. ¿Tiene Asma? Si _____ No _____
10. ¿Ha tenido alguna vez convulsiones? Si _____ No _____
 ¿Toma medicamento para controlarlo? _____
11. ¿Tiene Problemas en los riñones? Si _____ No _____
12. ¿Tiene problemas en la tiroides? Si _____ No _____
13. ¿Tiene problemas en el hígado? Si _____ No _____
14. ¿Ha tenido problemas en el estomago o ulceras intestinales? Si _____ No _____
15. ¿Ha tenido hepatitis? Si _____ No _____
16. ¿Tiene glaucoma? Si _____ No _____
17. ¿Tiene problemas respiratorios? Si _____ No _____
18. ¿Ha estado hospitalizado por algún motivo además de embarazo? _____
19. ¿Es alérgico a algún medicamento? Si _____ No _____
20. ¿Ha tenido alguna reacción a anestesia local o general? Si _____ No _____
 (Aspirina, Penicilina o otros medicamentos)
21. ¿Sangra en cantidad? Si _____ No _____
22. ¿Esta Ud. embarazada? Si _____ No _____
23. ¿Ha tenido problemas con anestesia general? Si _____ No _____
24. ¿Ha tenido problemas con anestesia local? Si _____ No _____
25. ¿Tiene VIH o SIDA? Si _____ No _____
26. ¿Tiene reemplazos de coyuntura? Si _____ No _____
27. ¿Tiene alguna otra información que debería de saber el doctor? _____

Estoy firmando que este documento de salud esta contestando a lo mejor de mi habilidad. El medico me ha explicado alguna pregunta que yo no entienda.
 Yo reconozco que cualquier cargo de su oficina, yo soy responsable de pagar aunque yo tenga seguro medico o dental. Si el seguro no paga yo soy responsable de pagar mi cuenta.
 Si no pago tendré que pagar 20% de los cargos de abogado más los gastos de la corte. Entiendo que si no cumpla mis pagos por mis servicios me cobran 1.5% por interesé.

Firma _____ Fecha _____