



ORAL & MAXILLOFACIAL
SURGERY
OF OCEAN PARKWAY

Por favor que nos ayuden a asegurarse de que nuestra historia clinica y sus registros estan complets y exactos.

Por favor proporcione la siguiente informacion:

INFORMACION DE PACIENTE

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

FECHA DE NACIMIENTO _____

SS# _____ Macho _____ Hembra _____

Dirreccion del paciente _____

APT# _____ ZIP _____

Numero de paciente # _____ Numero Celular# _____

CONTACTO DE EMERGENCIA (nombre) _____

CONTACTO DE EMERGENCIA (numero tel#) _____

SI USTED DESEA SER SEDADO (dormir para la cirugia):

**MANEJASTE AQUI: SI _____ No _____

**HAS COMIDO NI BEBIDO NADA EN LAS ULTIMAS SEIS HORAS? SI _____ No _____

**SU ESCOLTA ESTA CON USTED? SI _____ No _____

INFORMACION DEL PROVEEDOR MEDICO/DENTAL

DOCTOR MEDICO

NOMBRE: _____

DIRRECCION: _____

NUMERO DE TELEFONO: _____

DENTISTA REFERENTE

NOMBRE: _____

DIRRECCION: _____

NUMERO DE TELEFONO: _____

MARK B.BIRNBAUM, D.D.S.*, NORMAN E. JOHNSON, D.D.S., STEVE MANZON, D.M.D.*, ANGELO OSTUNI, D.D.S., M.D.*

PRACTICE LIMITED TO ORAL AND MAXILLOFACIAL SURGERY

1777 OCEAN PARKWAY BROOKLYN, NEW YORK 11223 (718) 998-9114 / Fax: (718) 998-3727

*Diplomate, American Board of Oral and Maxillofacial Surgery