

PACIENTE

Fecha: _____

Nombre del paciente	Número de Seguro social	Teléfono de la casa ()	<input type="checkbox"/>	<i>Por favor, marque un casillero para indicar a qué teléfono desea que lo contacten</i>
Domicilio	Ciudad, Estado, Código postal	Celular ()	<input type="checkbox"/>	
Correo electrónico		Teléfono del trabajo ()	<input type="checkbox"/>	
Estado civil <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Separado	Identidad de género <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Otro _____ Género asignado al nacer <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Fecha de nacimiento		Licencia de conducir y Estado
Aseguradora principal _____ Grupo _____		Suscriptor _____		
Aseguradora secundaria _____ Grupo _____		Suscriptor _____		

PERSONA RESPONSABLE Si es la misma que el paciente, marque aquí

Nombre	Número de Seguro social	Teléfono de la casa ()	<input type="checkbox"/>	<i>Por favor, marque un casillero para indicar a qué teléfono desea que lo contacten</i>
Domicilio	Ciudad, Estado, Código postal	Celular ()	<input type="checkbox"/>	
Correo electrónico		Teléfono del trabajo ()	<input type="checkbox"/>	
Estado civil <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Separado	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino Pronombre preferido _____	Fecha de nacimiento		Licencia de conducir y Estado
Empleador de la persona responsable	Ocupación			
Dirección del empleador	Ciudad, Estado, Código postal			

CÓNYUGE

Nombre	Número de Seguro social	Fecha de nacimiento	Teléfono ()	<input type="checkbox"/>	<i>Por favor, marque un casillero para indicar a qué teléfono desea que lo contacten</i>
Empleador	Ocupación		Celular ()	<input type="checkbox"/>	
Dirección del empleador	Ciudad, Estado, Código postal		Teléfono del trabajo ()	<input type="checkbox"/>	

CONTACTO DE EMERGENCIA

Nombre	Parentesco	Teléfono ()
Nombre	Parentesco	Teléfono ()

Si usted viene por recomendación de otra persona, ¿a quién podemos agradecer por recomendarnos? _____

CONSENTIMIENTO

*Responderé todas las preguntas de salud a mi leal saber y entender. _____ (Colocar iniciales)

Después de la explicación del médico, autorizo la prestación de servicios dentales al paciente que se indica arriba y cualquier procedimiento que, a juicio del médico, sea necesario para realizar estos procedimientos. También autorizo y solicito la administración de los anestésicos y rayos X que el médico considere necesarios y recomendables.

*Firma

Fecha

Relación con el paciente

Términos y condiciones: Esta oficina depende del reembolso del paciente de los costos incurridos en su atención. La responsabilidad financiera de cada paciente debe determinarse antes del tratamiento. Como condición para ser atendido en este consultorio, entiendo que deben hacerse arreglos financieros con anticipación. Todos los servicios dentales de emergencia, o cualquier servicio dental realizado sin acuerdo financiero previo, deben pagarse en el momento en que se prestan los servicios. Entiendo que me cobrarán en forma directa los servicios dentales que se me brinden y que soy personalmente responsable del pago. Si tengo seguro, entiendo que esta oficina ayudará a preparar los formularios del seguro para poder cobrarle a mi compañía de seguro y acreditar dichos cobros a mi cuenta. Sin embargo, este consultorio dental no puede prestar servicios asumiendo que una compañía de seguro pagará los cargos. Cesión del seguro: por la presente autorizo la divulgación de cualquier información necesaria y también autorizo a mi compañía de seguro a pagar directamente a esta Oficina los beneficios que se me otorgan en virtud de mi póliza. Entiendo que la tarifa estimada para este cuidado dental solo será válida por un período de 90 días a partir de la fecha del examen del paciente. También entiendo que, para cobrar mi deuda, puede verificarse mi historial crediticio mediante el uso de mi número de Seguro social o cualquier otra información que haya proporcionado. Estoy de acuerdo en que, en caso de que esta Oficina o yo iniciemos un procedimiento legal con respecto a los montos adeudados por los servicios que he recibido, la parte vencedora en dichos procedimientos tendrá derecho a recuperar todos los costos incurridos, incluyendo los honorarios legales razonables. Lo autorizo a usted, o a sus cesionarios, a que me llame por teléfono a casa o al trabajo para discutir asuntos relacionados con este formulario. He leído las condiciones anteriores y acepto su contenido.

*Firma

Fecha

Nombre del paciente _____ Fecha de nacimiento _____

Antecedentes dentales

- A. ¿Por qué nos visita hoy? (es decir, dolor, chequeo/limpieza, etc.) _____
- B. Dentista anterior _____ Última visita _____ Fecha de última limpieza _____
- C. Razones por las que cambió de dentista, si aplica: _____
- D. ¿Ha tenido algún problema con tratamientos dentales pasados? _____
- E. ¿Siente nervios o ansiedad de visitar al dentista? Sí No
En caso afirmativo, indique la razón: _____
- F. ¿Ha sido sedado alguna vez o recibido óxido nitroso (gas hilarante) para su tratamiento dental? Sí No Explique: _____
- G. ¿Usualmente toma antibióticos antes de un tratamiento dental? Sí No ¿Por qué? _____
- H. ¿Con qué frecuencia se cepilla los dientes? _____ ¿Usa hilo dental? Sí No ¿Con qué frecuencia? _____
- I. ¿Usa un cepillo eléctrico, irrigador bucal o hilo dental eléctrico? Sí No ¿Cuál? _____

Salud bucal (a continuación, marque con un círculo Sí en caso afirmativo o No en caso negativo, según corresponda)

1. Considero que mi salud bucal es (marque uno): Excelente Buena Regular Mala Si es regular o mala, describa: _____
2. Sí No ¿Siente dolor en sus dientes o encías? Describa: _____
3. Sí No ¿Ha tenido una lesión facial o mandibular? Describa: _____
4. Sí No ¿Tiene problemas para comer? Describa: _____
5. Sí No ¿Sus encías se sienten sensibles o hinchadas, o sangran al cepillarse o usar el hilo dental?
6. Sí No ¿Alguna vez le han dicho que tiene enfermedad de las encías, gingivitis, "piorrea", periodontitis o enfermedad periodontal?
7. Sí No ¿Le gustaría mejorar su sonrisa? Describa: _____
8. Sí No ¿Desea tener sus dientes más blancos?
9. Sí No ¿Prefiere rellenos/coronas del color de sus dientes?
10. Sí No ¿Desea tener los dientes más derechos? Describa: _____
11. Sí No ¿No está satisfecho con su mordida?
12. Sí No ¿Ha tenido cambios en su mordida? Describa: _____
13. Sí No ¿Le gustaría tener ortodoncia para enderezar sus dientes o mejorar su mordida?
14. Sí No ¿Tiene actualmente o ha tenido ortodoncia / aparatos ortopédicos / alineadores / retenedores?
16. Sí No ¿Aprieta o rechina sus dientes durante el día o mientras duerme?
17. Sí No ¿Utiliza un protector o dispositivo similar para proteger sus dientes?
18. Sí No ¿Le hace ruido la mandíbula cuando abre la boca?
19. Sí No ¿Siente o ha sentido dolor de mandíbula?
20. Sí No ¿Le han dicho que tiene síntomas del trastorno "TMJ" o "TMD"?
21. Sí No ¿Ronca cuando duerme?
22. Sí No ¿Le han dicho que deja de respirar mientras duerme?
23. Sí No ¿Sufre de insomnio, tiene otros trastornos de sueño o toma algo para dormir?
24. Sí No ¿Siente seca su boca (o más seca de lo usual) la mayoría del tiempo?
25. ¿Cuáles son sus prioridades para su salud bucal? (es decir, apariencia, salud dental, consideraciones financieras, etc.) Describa: _____
- _____
- _____
- _____

Nombre del paciente _____ Fecha de nacimiento _____

Salud general

1. Considero que mi estado de salud general es (marque uno): Excelente Bueno Regular Malo
Si es regular o malo, describa: _____

¿Tiene o ha tenido lo siguiente? Marque con un círculo Sí en caso afirmativo, o No en caso negativo.

2. Alto riesgo de endocarditis bacteriana
- Sí No Válvula cardíaca artificial (prótesis)**
 - Sí No Endocarditis infecciosa previa (infección cardíaca)**
 - Sí No Válvulas dañadas en corazón trasplantado**
 - Enfermedad cardíaca congénita (ECC):
Sí No ECC cianótica no reparada, incluyendo derivaciones y conductos (sangre que se desvía de los pulmones) **
Sí No ECC, reparada (completamente) en los últimos 6 meses**
Sí No ECC, reparada con defectos residuales **
*** Excepto por estas condiciones, la profilaxis antibiótica ya no se recomienda para ninguna otra forma de enfermedad cardíaca o ECC*
3. Enfermedades cardiovasculares
- Sí No Enfermedad cardíaca. Describa: _____
 - Sí No Problema de la válvula cardíaca/ soplo cardíaco / prolapso de la válvula mitral / fiebre reumática
 - Sí No Arritmia cardíaca
 - Sí No Marcapasos
 - Sí No Presión arterial anormal ¿Alta o baja? _____ Presión arterial típica: _____
 - Sí No Ataque cardíaco Fecha: _____ Describa: _____
 - Sí No Stent o bypass
 - Sí No ACV Fecha: _____ Describa: _____
 - Sí No Tomo aspirina diariamente _____ Dosis: _____
 - Sí No Tomo anticoagulantes diariamente (por ejemplo, Coumadin/warfarina, Eliquis, Pradaxa, Xarelto, Plavix, etc.) Nombre del medicamento: _____
4. Enfermedades respiratorias
- Sí No Tuberculosis
 - Sí No Enfermedad pulmonar, EPOC, neumonía, bronquitis. Describa: _____
 - Sí No Asma, enfermedad reactiva de las vías respiratorias, sibilancias o problemas respiratorios
 - Sí No Problemas sinusales / cirugía sinusal
 - Sí No Rinitis alérgica
5. Diabetes/enfermedades endocrinas
- Sí No Diabetes Tipo _____ Mi último "A1c" fue _____ Fecha: _____
 - Sí No Tomo insulina/medicamentos para la diabetes. Si es así, indique el nombre: _____
 - Sí No Mido mi nivel de azúcar ¿Con qué frecuencia? _____
 - Sí No Micción y/o sed excesiva
 - Sí No Enfermedad tiroidea o enfermedad pituitaria. Describa: _____
6. Enfermedades del estómago, hígado y riñones
- Sí No Úlceras/reflujo gastroesofágico (reflujo ácido) / problemas intestinales
 - Sí No Tomo antiácidos como Pepcid, Zantac, Prilosec, etc.
 - Sí No Bulimia
 - Sí No Enfermedad hepática, ictericia o hepatitis Tipo _____
 - Sí No Enfermedad renal
 - Sí No Diálisis En caso afirmativo, ¿qué días? _____
7. Otras enfermedades y condiciones
- Sí No Artritis. Indique el tipo (osteoartritis, reumatoide, etc.): _____
 - Sí No Implantes / reemplazo de articulaciones: cadera, rodilla _____ Otro _____
 - Sí No Traumatismo – cabeza, cuello o cuerpo Describa: _____
 - Sí No Trasplante/donante de órganos ¿Qué órgano? _____ ¿Cuándo? _____
 - Sí No Cáncer, tumor o tumor maligno. Describa: _____
 - Sí No Quimioterapia / radioterapia
 - Sí No Anemia, enfermedad/rasgos de células falciformes o trastorno sanguíneo
 - Sí No Hemofilia, moretones con facilidad o sangrado excesivo
 - Sí No Herpes / úlceras aftosas
 - Sí No Enfermedades de transmisión sexual / venéreas
 - Sí No VIH / SIDA
 - Sí No Trastorno por inmunodpresión Describa: _____
 - Sí No Glaucoma

Solo notas del médico

Nombre del paciente _____ Fecha de nacimiento _____

- n. Sí No Pérdida auditiva / audífonos
 - o. Sí No Dolores de cabeza / migrañas recurrentes. Describa: _____
 - p. Sí No Desmayos, pérdida del conocimiento o mareos. Describa: _____
 - q. Sí No Parálisis cerebral, lesión cerebral, epilepsia o convulsiones
 - r. Sí No Antecedentes de adicción a las drogas o al alcohol
 - s. Sí No Problemas / tratamiento por cuestiones conductuales, emocionales, de comunicación o psiquiátricas. Describa: _____
Tratamiento, medicación recibida: _____
 - t. Sí No Demencia, Alzheimer u otra enfermedad de la memoria. Describa: _____
Tratamiento, medicación recibida: _____
 - u. Sí No ¿Ha tomado opiáceos / narcóticos para controlar el dolor? Fecha de última toma: _____
 - v. Sí No ¿Fuma, vapea o mastica tabaco? En caso afirmativo, ¿cuánto al día? _____ ¿Cuántos años? _____
 - w. Sí No ¿Consume alcohol? En caso afirmativo, ¿cuánto al día? _____ ¿Cuántos años? _____
 - x. Sí No ¿Consume marihuana? En caso afirmativo, ¿cuánto al día? _____ ¿Cuántos años? _____
 - y. Sí No ¿Consume drogas recreativas? En caso afirmativo, ¿cuánto al día? _____ ¿Cuántos años? _____
 - z. Sí No ¿Toma o ha tomado bisfosfonatos (Fosamax, Boniva, Actonel, Aredia, Zometa, etc.) u otros medicamentos "antirresortivos" para la osteoporosis o cualquier otra afección? En caso afirmativo, ¿los recibe por vía intravenosa o los toma por vía oral? _____
8. Sí No ¿Ha tenido alguna cirugía u hospitalización importante?
Año _____ Tipo de cirugía _____
Año _____ Tipo de cirugía _____
Año _____ Tipo de cirugía _____
Año _____ Tipo de cirugía _____

9. Sí No ¿Tiene algún otro problema médico o antecedente médico que NO se indique en este formulario? _____

10. Mujeres:
- a. Sí No ¿Está tomando medicamentos anticonceptivos? ¿Cuál? _____
 - b. Sí No ¿Está o podría estar embarazada? Fecha del parto: _____
 - c. Sí No ¿Está amamantando? Fecha de nacimiento del bebé: _____

11. ¿Es alérgico a alguna de las siguientes cosas?
- a. Sí No Anestésicos locales (es decir, novocaína, lidocaína)
 - b. Sí No Penicilina
 - c. Sí No Otros antibióticos _____
 - d. Sí No Látex
 - e. Sí No Aspirina (Excedrin, Bayer, etc.)
 - f. Sí No Ibuprofeno (Advil, Motrin, etc.)
 - g. Sí No Acetaminofeno (Tylenol, etc.)
 - h. Sí No Medicamentos con sulfas / sulfitos / sulfuros
 - i. Sí No Codeína
 - j. Sí No Metales, plásticos
 - k. Sí No Tintes o colorantes artificiales
 - l. Sí No Yodo, antisépticos a base de yodo, mariscos o colorantes radiológicos ¿Cuál? _____
 - m. Sí No Piñones, colofonia, mani y otros frutos secos ¿Cuál? _____
 - n. Sí No Otros medicamentos. ¿Cuáles? _____
 - o. Sí No Otras alergias. ¿Cuáles? _____

12. Enumere todos los medicamentos o suplementos que está tomando actualmente (o presente la lista de medicamentos):
- | | |
|-------------------|-----------------|
| Medicamento _____ | Condición _____ |

13. Nombre del médico _____ Teléfono _____ Fax _____
Dirección _____ Fecha de la última visita al médico _____

Revisión médica/dental inicial realizada por: *(Si el paciente es menor de edad, se requiere firma del tutor)*

X _____ <i>Firma del médico</i>	_____ <i>Fecha</i>	X _____ <i>Firma del paciente</i>	_____ <i>Fecha</i>
X _____ <i>Firma del médico</i>	_____ <i>Fecha</i>	<input type="checkbox"/> <i>Ningún cambio a lo anterior</i>	X _____ <i>Firma del paciente</i>
X _____ <i>Firma del médico</i>	_____ <i>Fecha</i>	<input type="checkbox"/> <i>Ningún cambio a lo anterior</i>	X _____ <i>Firma del paciente</i>
X _____ <i>Firma del médico</i>	_____ <i>Fecha</i>	<input type="checkbox"/> <i>Ningún cambio a lo anterior</i>	X _____ <i>Firma del paciente</i>

Solo notas del médico