

HISTORIA CLINICA DEL PACIENTE

Estas preguntas aseguran que el tratamiento se tomara en consideracion de su estado de salud del dia de hoy como la del pasado. Alguna de las preguntas talvez no sean directamente relacionadas con su situacion dental, pero estan asociadas con la higiene oral apropiada.

Por favor circule SI o NO por cada una de las preguntas. Gracias.

HISTORIA MEDICA

- Esta usted en buena salud?..... SI NO
- Fecha de la ultima exsaminacion fisica: _____
- Nombre del medico: _____ Ciudad _____ Telefono (____) _____
- Esta usted bajo la supervicion medica? **De ser afirmativo, favor explique:** _____ SI NO
- Ha tenido usted una enfermedad muy ceria, operaciones u hospitalizacion?..... SI NO
- De ser afirmativo, explique: _____
- Esta usted tomando medicamentos? **De ser afirmativo, por favor enlistelos:** _____ SI NO
- Alguna vez usted ha tenido que ser premedicado con antibioticos para algun tratamiento dental?..... SI NO
- Es usted alergico a: ☐ Penicilina ☐ Tetracyclina ☐ Drogas de Sulfato ☐ Aspirina ☐ Codeina ☐ Latex ☐ Metal ☐ Otros..... SI NO
- Alguna vez usted a tomado Fen-phen o algun medicamento similar para perder peso? _____ SI NO
- Alguna vez a tomado/o toma: ☐ Boniva ☐ Fosamax ☐ Bisphosphonate. De ser afirmativo, por cuanto tiempo _____ SI NO

USTED TIENE O HA TENIDO ALGUNO DE LOS SIGUIENTES? POR FAVOR MARQUE $\sqrt$ si o no por cada uno.

- | S/N | S/N | S/N | S/N | S/N | S/N |
|--|---|---|---|--|--|
| ☐ Paralisis | ☐ Sinusitis | ☐ Enfermedad Renal | ☐ Trastorno Nervioso | ☐ Transfucion de Sangre | ☐ Prolapso de la Valvula Mitral |
| ☐ Herpes | ☐ Epilepsia | ☐ Angina de Pecho | ☐ Trastorno Mental | ☐ Enfermedad en la Sangre | ☐ Dolor de Espalda Cronico |
| ☐ SIDA | ☐ Hepatitis | ☐ Fiebre Reumatica | ☐ Enfermedad Hepatica | ☐ Desmayos/Convulcion | ☐ Ataque al Corazon/Malestar |
| ☐ Asma | ☐ Emfisema | ☐ Deficiencia Fisica | ☐ Cirugia del Corazon | ☐ Cancer/Quimioterapia | ☐ Reemplazo de Valvula Cardiac |
| ☐ Diabetes | ☐ Herpes Labial | ☐ Dolor en el TMJ | ☐ Migranas Cronicas | ☐ Moretones con Facilidad | ☐ Tratamiento de Radiacion |
| ☐ Glaucoma | ☐ Tuberculosis | ☐ Soplo Cardiac | ☐ Problemas Auditivos | ☐ Reemplazo de Coyonturas | ☐ Enfermedad de la Tyroides |
| ☐ Artritis | ☐ Tonsolitits | ☐ Protesis Artificial | ☐ Cuidado Psiquiatrico | ☐ Marcapasos del Corazon | ☐ Paralicis Cerebral |
| ☐ Anemia | ☐ Ulsera Estomacal | ☐ Sangrado excesivo | ☐ Dificultad al Tragar | ☐ Enfermedad de Celulas Falsiformes | |
| ☐ Alta Precision Arterial | | ☐ Niveles de Asucar Bajos en la Sangre | ☐ Otros: _____ | | |

1. Tiene usted alguna enfermedad, condicion, o problemas no enlistados que debamos saber? SI NO
2. Usted fuma o usa algun tipo de tabaco? Cuantos por dia? SI NO
3. (Mujeres) Hay alguna posibilidad de que usted este embarazada?..... SI NO
4. (Mujeres) Tiene usted algun problema relacionado con su periodo menstrual? SI NO
5. (Mujeres) Toma usted pastillas anticonseptivas? SI NO

HISTORIA DENTAL

- Dentista Anterior _____ Ciudad _____ Telefono _____
- Tiene usted algun problema especifico? De ser afirmativo, explique _____ SI NO
- Tiene usted o ha tenido alguno de los siguientes? Por favor $\sqrt$ SI NO
 - ☐ Mal Aliento ☐ Dientes Flojos ☐ Leciones ☐ Dolores de Cabeza ☐ Sangrado de las encias ☐ Periodontitis
 - ☐ Ortodoncia ☐ Dientes Sencibles ☐ Sirugia Oral ☐ Problemas de Sinusitis ☐ Quijada se disloca/se bloquea
- Por Favor Explique: _____
- Practica usted algun deporte constantemente? Cual Deporte? _____ SI NO
- El tratamiento dental lo pone nervioso? ☐ Leblemente ☐ Moderadamente ☐ Severamente..... SI NO
- Alguna vez ha tenido alguna reaccion no favorable con la anestesia? SI NO
- Alguna vez ha tenido algun problema cerio con algun otro dentista? SI NO
- Cuando fue la ultima vez que le tomaron rayos-x dentales? _____ Tratamiento Dental? _____
- Desearia usted ser pre-sedado? ☐ Oxido Nitroso ☐ Medicamento Oral ☐ Sedacion Conciente..... SI NO

Todos lo precedente son verdad en lo que cabe de mi conocimiento. Yo informare al doctor en caso de cambios en el futuro.

FIRMA DEL PACIENTE.PADRE/TUTOR: _____ Fecha: _____

FIRMA DEL DENTISTA: _____ Fecha: _____

PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE:

Changes in health/medications: _____ Changes in health/medications: _____

Date: _____ Patient/Signature _____ DDS/RDH: _____ Date: _____ Patient/Signature _____ DDS/RDH: _____

Registro de la historia del paciente

No. De paciente: _____

No. De cuenta: _____

Tenemos el interes de escuchar, realmente escuchar lo que usted esta diciendo por favor no dude en preguntarnos acerca de algo que usted no entienda. Usted esta tratando con miembros de nuestro equipo cuyo trabajo principal es servirle.

Con fin de iniciar el tratamiento, la siguiente informacion es necesaria. Por favor complete y escriba en letra de molde. Toda la informacion, por supuesto, se llevara a cabo en estricta confidencialidad.

INFORMACION DE LA HISTORIA DEL PACIENTE

LETRA DE MOLDE POR FAVOR

Nombre del paciente: _____ Cell #: _____ Casa #: _____

No. Seg. Soc.: _____ Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____ Sexo: _____ Estado marital: _____

Direccion: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Codigo postal: _____

Empleador del paciente: _____ Telefono del trabajo: _____

Nombre del esposo(a): _____ Empleador del esposo(a): _____

Persona a la que se le puede notificar en caso de emergencia: _____ Telefono: _____

Estudiante: ☐ Tiempo completo.....☐ Medio tiempo..... Escuela: _____ Ciudad: _____

Hay algun problema actual que sea resultado de un accidente ☐ SI ☐ NO En caso de ser afirmativo, ¿cuando? _____

INFORMACION DE LA PERSONA RESPONSABLE

Persona responsable por la cuenta: _____

APELLIDO

NOMBRE

Parentesco con el paciente: _____ Telefono de la casa: _____ Telefono del trabajo: _____

Direccion postal: _____ Ciudad: _____ Codigo postal: _____

No. Seg. Soc.: _____ No. Licencia de manejo: _____

Empleador: _____ Ocupacion: _____

Direccion del empleador: _____ Ciudad: _____ Codigo postal: _____

¿Usted y/o algun miembro de su familia ha sido paciente anteriormente? ☐ SI ☐ NO

En caso de ser afirmativo, Nombre: _____ Cuando: _____

ASEGURANZA DENTAL: ☐ SI ☐ NO

ASEGURANZA SECUNDARIA: ☐ SI ☐ NO

Nombre del asegurado: _____

No. SegSoc: _____ Fecha de nacimiento: _____

Empleador: _____

CIA. Aseguradora o Plan: _____

Nombre del Grupo: _____

Poliza/Grupo #: _____

Como se entero acerca de esta oficina? ☐ Union ☐ Guia Telefonica ☐ Miro el edificio/Letrero ☐ Empleador ☐ Anuncios: _____

☐ Recomendado por otro paciente (Quien? _____) ☐ Pagina web/Internet ☐ Aseguranza ☐ Other: _____

Esto es para certificar que Yo, el que esta firmando abajo, cedo el consentimiento para la realizacion de cualquier servicio dental y/o procedimiento quirurgico que tal vez se decidira a como sea necesario o conveniente, lo cual se procedera a utilizar anestesia local o general dependiendo en lo que sugiera el dentista. Me han explicado las consecuencias de un tratamiento parcial y/o no tratamiento. Por medio de la presente autorizo a mi dentista a entregar cualquier y toda informacion relacionada (incluyendo informacion dental) a la aseguranza nombrada anteriormente para la finalidad de ejercer ya sea un reclamo, administracion, evaluacion, y/o para una auditoria financiera. Esta autorizacion se mantendra efectiva desde el dia que esta siendo firmada hasta ser revocada por escrito. Yo por medio de la presente autorizo a mi aseguranza a pagar directamente a el dentista todos los beneficios dentales o de ser de otra manera ser pagados a mi persona.

FIRMA DEL PACIENTE

FECHA

FIRMA DE LA PERSONA RESPONSABLE

FECHA