

Información de salud

Nos tomamos muy en serio su salud bucal. Pero antes de comenzar el tratamiento, necesitamos algunos datos sobre historia clínica, los cuales podrían afectar el tratamiento. Toda la información es confidencial.

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____ Fecha del último examen físico: _____

Nombre y número de teléfono del médico: _____ ¿Cuál es el motivo de la visita de hoy? _____

¿Es una lesión laboral? (Encerrar en un círculo) **Sí No**

¿Ha recibido atención por parte de un médico? (Encerrar en un círculo) **Sí No**

¿Alguna vez estuvo hospitalizado? (Encerrar en un círculo) **Sí No**

Altura: _____ Peso: _____

Fecha de la última visita al dentista: _____ Fecha de las últimas radiografías odontológicas: _____

Fecha de la última limpieza: _____

¿Alguna vez recibió tratamiento por una enfermedad periodontal (de las encías)? (Encerrar en un círculo) **Sí No**

¿Alguna vez le aplicaron novocaína o cualquier otro anestésico local? (Encerrar en un círculo) **Sí No**

¿Está interesado en el blanqueamiento dental? (Encerrar en un círculo) **Sí No**

Si usa dentadura postiza, ¿qué antigüedad tiene?: _____

¿Está interesado en tener nueva dentadura postiza? (Encerrar en un círculo) **Sí No**

¿Recibe o recibió en los últimos 2 años terapia con esteroides/cortisona? (Encerrar en un círculo) **Sí No**

¿Toma o tomó bifosfonatos orales (por ejemplo, FOSAMAX, ACTONEL, BONIVA) o bifosfonatos por vía intravenosa (por ejemplo, ZOMETA, AREDIA)? (Encerrar en un círculo) **Sí No** ¿Durante cuánto tiempo los tomó? _____

En el pasado, ¿tomó antibióticos antes de los procedimientos odontológicos? (Encerrar en un círculo) **Sí No**

¿Alguna vez presentó una reacción adversa o se descompuso luego de tomar penicilina, aspirina o codeína, recibir anestesia local, entrar en contacto con látex o metales, o bien recibir otro medicamento? (Encerrar en un círculo) **Sí No**

Enumere los medicamentos a los cuales es alérgico:

1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____

Enumere los medicamentos que tome, incluidos los fármacos de venta libre y los medicamentos a base de hierbas/las vitaminas

1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____

Tiene antecedentes de lo siguiente:	S	N		S	N		S	N		S	N
Fiebre reumática			Asma			Enfermedad de la tiroides			Alcoholismo		
Soplo cardíaco			Alergias o urticaria			Epilepsia o convulsiones			Tratamiento psiquiátrico		
Prolapso de la válvula mitral			Anemia			Desmayos o mareos súbitos			Llagas/protuberancias en la boca		
Diabetes			Bruxismo			Marcapasos/cirugía del corazón			Terapia con aspirina/anticoagulantes		
Enfermedad venérea			Artritis			Dolor mandibular (articulación temporomaxilar)			Úlceras o problemas estomacales		
Presión arterial alta			VIH positivo/SIDA			Alergia al látex			Cualquier tipo de implante		
Presión arterial baja			Transfusión de sangre			Problemas sinusales			Cáncer (tipo: _____)		
Cualquier tipo de trasplante			Problema cardíaco (_____)			Hemorragia excesiva			Caderas, rodillas o demás articulaciones artificiales		
Adicción a las drogas			Diálisis			Accidente cerebrovascular			Otra enfermedad o afección:		
Hepatitis (tipo: _____)			Quimioterapia			Enfermedad pulmonar					
Enfermedad hepática			Radioterapia			Problemas respiratorios					
Enfermedad renal			Uso de productos con tabaco			Tuberculosis (TB)					

Pacientes mujeres únicamente:	S	N		S	N
¿Hay posibilidad de embarazo?				¿Se encuentra amamantando?	
Fecha aproximada del parto: _____ / _____ / _____				¿Está tomando medicamentos anticonceptivos recetados?	
IMPORTANTE: Los antibióticos (como la penicilina) pueden alterar la eficacia de las pastillas anticonceptivas. Consulte a su médico/ginecólogo para obtener asistencia respecto de métodos anticonceptivos adicionales.					

Certifico que he leído y que comprendo las preguntas anteriores y dejo constancia de que las respondí a mi leal saber y entender. Por el presente, otorgo mi consentimiento para que el dentista lleve a cabo un examen y diagnostique mi afección. También presto mi consentimiento para cualquier procedimiento preventivo y de restauración básico que pudiera resultar necesario. Comprendo que este consentimiento permanecerá vigente hasta que yo o el dentista demos por terminado el tratamiento.

Firma del paciente _____ Fecha _____ Firma del médico/revisión de la historia clínica _____ Fecha _____

Firma del paciente _____ Fecha _____ Firma del médico/revisión de la historia clínica _____ Fecha _____

Información del paciente

En letra de imprenta

Encierre en un círculo una de las opciones: Dr./Dra./Sr./Sra./Srta.

Nombre: _____ Segundo nombre: _____ Apellido: _____ h./p.: _____

Calle: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono particular: _____ Teléfono laboral: _____

Teléfono celular: _____

Dirección de correo electrónico: _____ ¿Podemos ponernos en contacto con usted por correo electrónico? (Encerrar en un círculo) **Sí No**

Número de Seguro Social del paciente: _____ Fecha de nacimiento del paciente: _____

Sexo: (Encerrar en un círculo) **M F**

Contacto de emergencia: _____ Teléfono: _____

Farmacia de su preferencia: _____

¿Cómo nos conoció?

Periódico Radio TV Internet Recomendación Otro: _____

Información de seguro

¿Cuenta con seguro dental? (Encerrar en un círculo) **Sí No**

¿Cuenta con un seguro dental secundario? (Encerrar en un círculo) **Sí No**

Asegurado primario		Asegurado secundario	
Nombre del suscriptor		Nombre del suscriptor	
Número del Seguro Social del suscriptor		Número del Seguro Social del suscriptor	
Fecha de nacimiento		Fecha de nacimiento	
Relación con el suscriptor	<input type="checkbox"/> Suscriptor <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Otro	Relación con el suscriptor	<input type="checkbox"/> Suscriptor <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Otro
Nombre del empleador		Nombre del empleador	
Teléfono de empleador		Teléfono de empleador	
Compañía aseguradora		Compañía aseguradora	
N.º de grupo de seguros		N.º de grupo de seguros	
N.º de teléfono de la compañía aseguradora		N.º de teléfono de la compañía aseguradora	
Presente su tarjeta de seguro a nuestro representante de servicios para pacientes para que sea fotocopiada			



Autorización para la divulgación de los registros médicos a partes externas

Autorizo la divulgación de información procedente de los registros de mi tratamiento a:

Nombre del destinatario: _____

Relación con el paciente: _____

Brindo mi autorización para divulgar la siguiente información:

- Toda la información del tratamiento
 Información específicamente relacionada con estas fechas de tratamiento

Fecha de inicio: _____ Fecha de finalización: _____

Comprendo que puedo retirar o revocar mi permiso en cualquier momento. Puedo revocar la presente autorización notificando al consultorio de Smile Designs Dentistry por escrito.

Firma del paciente (o representante del paciente) _____ Fecha: _____

Nombre en letra de imprenta del paciente (o representante del paciente) _____

Parte responsable (si el paciente es menor de 18 años o discapacitado)

Encierre en un círculo una de las opciones: Dr./Dra./Sr./Sra./Srta.

Nombre: _____ Segundo nombre: _____

Apellido: _____ h./p.: _____

Calle: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono particular: (____) _____ Teléfono laboral:(____) _____ Teléfono celular:(____) _____

Número de Seguro Social del paciente: _____ - _____ - _____

Fecha de nacimiento del paciente: ____/____/____ Sexo:(encerrar en un círculo) M F

Firma: _____ Fecha: _____