

# HISTORIA DENTAL Y REGISTRO

<b>1 INFORMACION DEL PACIENTE</b>	
Fecha	_____
# seguro social	_____
Nombre	_____
	apellido
	_____
primer nombre	segundo
Direccion	_____
Ciudad	_____
Estado	Codigo Postal
Sexo	M      F      Edad _____
Fecha de nacimiento	_____
Estado Civil	_____
Nombre de empleador/escuela	_____
Ocupacion	_____
Direccion de empleo/escuela	_____
Numero telefonico de empleo/escuela	(    ) _____
Nombre del conyuge	_____
Fecha de nacimiento	_____
# seguro social	_____
Empleador	_____
Quien lo refirio a nuestra oficina?	_____

<b>2 INFORMACION DE ASEGURANZA</b>	
Quien es responsable por la cuenta	_____
Relacion familiar con el paciente	_____
nombre de aseguranza	_____
# de grupo	_____
Tiene el paciente otro tipo de aseguranza adicional	_____
Nombre	_____
Fecha de nacimiento	_____
# de seguro social	_____
relacion familiar con el paciente	_____
nombre de aseguranza	_____
# de grupo	_____
PERMISO	_____
Yo certifico que , yo y mis dependientes tenemos	_____
covertura con _____ y asigno	_____
directamente al Dr. _____ con mis	_____
beneficios.De lo contrario me hago responsable por	_____
mi cuenta financiera que no pague mi aseguranza	_____
firma del paciente o representante	_____
Fecha _____ Relacion familiar _____	_____

Requerimos que nuestros pacientes avisen si es necesario posponer o cancelar su cita con 48 horas de anticipacion, de lo contrario Habra una cuota de \$50.00 por no haber avisado

<b>3 NUMEROS TELEFONICOS</b>	
Casa (    ) _____ Trabajo (    ) _____ Ext _____ Celular (    ) _____	Mejor hora para comunicarse con usted _____
Trabajo del conyuge(    ) _____	Relacion familiar _____
En caso de emergencia con quien podemos hablar	Numero de empleo(    ) _____
Nombre _____	_____
Numero telefonico(    ) _____	_____

<b>4 HISTORIA DENTAL</b>	
Razon de su visita _____	Sensibilidad al masticar ___Si ___No
Dentista anterior _____	Sensacion caliente en la lengua ___Si ___No
Ciudad/Estado _____	Fuma cigarros o pipa ___Si ___No
Fecha de la ultima visita al dentista _____	boca seca ___Si ___No      Muerde sus unas ___Si ___No
Fecha de las ultimas radiografias _____	Encias inflamadas ___Si ___No
Marque "si" o "no" para indicar lo siguiente	Rechina los dientes ___Si ___No      Dientes flojos ___Si ___No
Mal aliento ___Si ___No	rellenos rotos ___Si ___No      Dolor al cepillarse ___Si ___No
Sagran las encias ___Si ___No	tratamiento de ortodoncia ___Si ___No
Ampollas en los labios o boca ___Si ___No	Dolor en los oidos ___Si ___No
Sensibilidad a ___frio ___caliente ___dulces	Cada cuando se cepilla los dientes? _____
	Cada cuando usa el hilo dental? _____

# 5 HISTORIA MEDICA

Nombre de su doctor \_\_\_\_\_ Fecha de la ultima visita \_\_\_\_\_

Alguna vez a tomado pastillas para adelgazar con nombres como "fen-phen" Incluyendo combinaciones de Ionomin, Adipex, Fastin, phentermine), Podimin o Redux?  Si  No

Porfavor marque Si o No a los siguientes:

HIV/Sida <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Epilepsia <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	enfermedades Respiratorias <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Anemia <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Desmayos <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Fiebre reumatica <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Artritis <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Glaucoma <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Reumatismo <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Asthma <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Problemas del corazon <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Embolia <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Cancer <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Problemas de espalda <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Ulceras <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Diabetes <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Problemas circulatorios <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Marcapaso <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Hepatitis <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Problemas nerviosos <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Tuberculosis <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Valvulas del corazon <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Sangrado Adnormal <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<b>Para mujeres:</b>
Alta presion <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Tos excesiva <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Esta embarazada?
Murmullo del corazon <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Enfermedades del rinon <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Problemas de Sinus <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Enfermedades del higado <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Fecha de parto
Marcapasos <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Cuidado Psiquiatrico <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	_____
Herpes <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Enfermedades venereas <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Esta amamantando?
Baja presion <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Peridida de peso <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Tumores <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Poblemas de tyroide <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Anticonceptivos?

## MEDICAMENTOS

Haga una lista de los medicamentos que esta tomando:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Nombre de su farmacia: \_\_\_\_\_

# Telefonico ( ) \_\_\_\_\_

## ALERGIAS

<input type="checkbox"/> Aspirina	<input type="checkbox"/> Anestias
<input type="checkbox"/> Codeine	<input type="checkbox"/> Penicilina
<input type="checkbox"/> Iodine	<input type="checkbox"/> Sulfa
<input type="checkbox"/> Latex	<input type="checkbox"/> Otra _____

## 6 CAMBIOS (Informacion para la proxima cita)

Ha habido algun cambio en su en su salud desde su ultima visita dental?  Si  No

Expliquelo aqui \_\_\_\_\_

Esta tomando algun medicamento nuevo? \_\_\_\_\_ Nombre? \_\_\_\_\_

Firma del paciente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Firma del doctor \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Ha habido algun cambio en su en su salud desde su ultima visita dental?  Si  No

Expliquelo aqui \_\_\_\_\_

Esta tomando algun medicamento nuevo? \_\_\_\_\_ Nombre? \_\_\_\_\_

Firma del paciente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Firma del doctor \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

## FORMA DE CONSENTIMIENTO

Yo entiendo que tengo derechos de privacidad con respecto a mi informacion de salud. Estos derechos se me fueron dados bajo el Acta de Salud de 1996 dada por ( HIPPA) . Yo entiendo que firmando esta forma autorizo que compartan mi informacion de salud .

- Tratamiento ( incluyendo tratamiento directo o indirecto con otros proveedores de salud )
- Obtener pagos de terceras personas (compania de aseguranza)
- Y el tratamiento dental que se le haga cada dia en esta oficina.

Yo tambien entiendo que he sido informado/a sobre estos derechos en la copia the of *Notice Privacy Practices*, la cual contiene una descripcion de lo que se refiere a la privacidad de la informacion de su salud bajo los derechos estipulados por (HIPPA). Yo entiendo que me reservo el derecho de hacer cualquier cambio a esta forma cualquier dia que yo lo desee y obtener una copia de la misma.

Yo entiendo que puedo revocar esta forma de consentimiento, haciendo los cambios por escrito a cualquier tiempo. Pero sabiendo que cualquier uso de esta forma hecho antes de la fecha en que la revoque no sera efectivo.

Firmada el \_\_\_\_ dia de \_\_\_\_\_, 20\_\_\_\_

Imprima su nombre: \_\_\_\_\_

Relacion familiar: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Nombre de la clinica: *Advanced Dental Care*

Direccion: 4927 Lake Ridge Pkwy, Suite 110

Grand Prairie Tx. 75052