

HISTORIA DENTAL

¿Cómo podemos ayudarle hoy? _____

Su salud dental actual es: Bien Feria Malo

¿Usted requiere antibióticos antes del tratamiento dental? Sí No

¿Está usted actualmente en el dolor? Sí No

¿Alguna vez ha recibido tratamiento de las encías? Sí No

¿Tiene ahora o ha tenido algún dolor / mandíbula molestias en las articulaciones? (ATM) Sí No

¿Están bajo mucho estrés (nuevo trabajo, es decir, en movimiento, las relaciones)? Sí No

¿Te gusta tu sonrisa? Sí No

¿Estás contento con el color de sus dientes? Sí No

¿Le sangran las encías? Sí No

¿Cuántas veces usted: seda/semana ? _____ cepillo/día ? _____

¿Es sensible al calor, frío o algo más? Sí No

¿Ha perdido algún diente permanente? Sí No

¿Te moler o aprieta los dientes? Sí No

¿Alguna vez ha tenido una dificultad seria con cualquier trabajo dental anterior? Sí No

¿Alguna vez has tenido alguna experiencia desfavorable dental? Sí No

¿Cuándo fue la última vez: Limpieza? _____ Dental Visita? _____

¿Por qué dejó a su dentista anterior? _____

¿Cómo podemos acomodar mejor durante su visita al dentista? _____



INFORMACIÓN DEL PACIENTE (POR FAVOR LLENE TODOS APLICABLE LA INFORMACIÓN)

Primer Nombre: _____	Apellido: _____	Inicial mediano: _____
Nombre Preferido: _____	Paciente Es: <input type="checkbox"/> Poseedor de política <input type="checkbox"/> Partido responsable <input type="checkbox"/> Niño	
Domicilio: _____	Ciudad, Estado, Código Postal: _____	
Teléfono de la casa: _____	Teléfono del trabajo: _____	Celular: _____
Correo-e: _____		
Fecha de Nacimiento: _____	Seguro Social: _____	
Estatus de empleo: <input type="checkbox"/> Tiempo lleno <input type="checkbox"/> Tiempo de parte <input type="checkbox"/> Jubilado <input type="checkbox"/> El ser Empleado <input type="checkbox"/> Otro	Género: _____	
Estado civil: <input type="checkbox"/> Niño <input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Otro		
Estatus de estudiante: <input type="checkbox"/> Tiempo lleno <input type="checkbox"/> Tiempo de parte		
Nombre de la Escuela / Trabajo: _____	Farmacia Preferida/Teléfono: _____	

PADRE / TUTOR INFORMACIÓN (para menores y jóvenes 17yrs)

Primer Nombre: _____	Apellido: _____	Inicial mediano: _____
Domicilio: _____	Ciudad, Estado, Código Postal: _____	
Teléfono de la casa: _____	Teléfono del trabajo: _____	Celular: _____
Correo-e: _____		
Fecha de Nacimiento: _____	Seguro Social: _____	numero del Licencia y Estado: _____
Estatus de empleo: <input type="checkbox"/> Tiempo lleno <input type="checkbox"/> Tiempo de parte <input type="checkbox"/> Jubilado <input type="checkbox"/> El ser Empleado <input type="checkbox"/> Otro	Género: _____	
Estado civil: <input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Otro		

SEGURO PRIMARIO (POR FAVOR LLENE TODOS APLICABLE LA INFORMACIÓN)

El nombre de Asegurado: _____	La relación a Asegurado: <input type="checkbox"/> Ser <input type="checkbox"/> Esposo <input type="checkbox"/> Niño <input type="checkbox"/> Otro
Asegurado ID/SSN: _____	Asegurado DOB: _____
Empleador: _____	Compañía de seguros: _____
Domicilio: _____	Domicilio: _____
Ciudad, Estado, Codigo Postal: _____	Ciudad, Estado, Código Postal: _____
Teléfono _____	Teléfono _____

SEGURO SECUNDARIO (POR FAVOR LLENE TODOS APLICABLE LA INFORMACIÓN)

El nombre de Asegurado: _____	La relación a Asegurado: <input type="checkbox"/> Ser <input type="checkbox"/> Esposo <input type="checkbox"/> Niño <input type="checkbox"/> Otro
Asegurado ID/SSN: _____	Asegurado DOB: _____
Empleador: _____	Compañía de seguros: _____
Domicilio: _____	Domicilio: _____
Ciudad, Estado, Código Postal: _____	Ciudad, Estado, Código Postal: _____
Teléfono _____	Teléfono _____

REFERENCIA (¿A QUIEN POBEMOS AGRADECER?)

--

FIRMA DE PACIENTE, el PADRE o el GUARDIAN: _____ FECHA: _____

HISTORIA PACIENTE DE SALUD

Nombre del paciente: _____

Aunque el personal dental trate principalmente el área en y alrededor de la boca, la boca es una parte de su cuerpo entero. Los problemas de la salud que usted puede tener, o la medicina que usted puede estar tomando, podrían tener una interrelación importante con la odontología que usted recibirá. Gracias por contestar las preguntas siguientes completamente.

- ¿Está usted bajo el cuidado de un médico ahora? Sí No Si sí, explica por favor: _____
- ¿Ha sido hospitalizado o tenido una gran operación? Sí No Si sí, explica por favor: _____
- ¿Alguna vez ha tenido grave lesión de cuello o cabeza? Sí No Si sí, explica por favor: _____
- ¿Esta tomando algún medicamento, pastillas o drogas? Sí No Si sí, explica por favor: _____
- ¿Toma usted, o ha tomado usted, el Phen-Pantano o Redux? Sí No _____
- ¿Toma usted, o ha tomado usted, Bisphosphonates? (Fosamax, Binosto) Sí No _____
- ¿Utiliza usted tabaco? Sí No
- ¿Utiliza usted sustancias controladas? Sí No

Mujeres, esta usted...

¿Embarazada/Tratando de quedar embarazada? Sí No ¿Tomar anticonceptivos orales? Sí No ¿Esta Amamantando a su bebe? Sí No

¿ES USTED ALERGICO A LOS SIGUIENTES...

Aspirina	Penicilina	Codeína	Acrílico	Metal	Látex	Anestésicos locales
Otro	Si sí, explica por favor _____					

¿TIENE USTED, O HA TENIDO, CUALQUIERA DE LOS SIGUIENTES...

SIDA/VIH Positivo	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Medicina cortisona	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Hemofilia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Diálisis renal	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Enfermedad de Alzheimer	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Diabetes	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Hepatitis A	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Fiebre reumática	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Anafilaxia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Toxicomanía	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Hepatitis B o C	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Reumatismo	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Anemia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Fácilmente Enrollado	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Herpe	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Escarlatina	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Angina	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Enfisema	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Alta Presión	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Tablillas	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Artritis/Gota	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Epilepsia o Convulsiones	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Colmenas o Erupción	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Enfermedad de células falciformes	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Válvula artificial Corazón	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Sangrar excesivo	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Hipoglucemia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Problema de seno	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Coyuntura artificial	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Sed excesiva	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Espina Bífida	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	latido del corazón irregular	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Asma	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Desvanecimiento Mareo	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Problemas de riñón	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Enfermedad estómago	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Enfermedad al Corazón	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Frecuente Tos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Leucemia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Trastorno congenitote Corazón	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Transfusión de sangre	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Frecuente Diarrea	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Afección hepática	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Hinchándose de Miembros	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Problema de respiración	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	No Presión arterial baja	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Enfermedad de tiroides	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Desorden congénito al Corazón	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Magulle Fácilmente	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Herpe genital	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Amigdalitis	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Enfermedad pulmonar	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Cáncer	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Glaucoma	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Tuberculosis	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Prolapso mitral Válvula	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Quimioterapia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Polinosis	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Tumores o Malignidad	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Coyunturas de Mandíbula	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Dolores de pecho	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Infarto	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Ulceras	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Enfermedad Parathyroid	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Murmullo al Corazón	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Cuidado Psiquiátrico	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Enfermedad venérea	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Herpes Labial/Apollas de fiebre	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Ictericia amarilla	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Convulsiones	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Enfermedad al Corazón	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Frecuente Dolores de cabeza	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		Pérdida peso reciente	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Golpe	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Tratamientos de radiación	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

¿Tiene usted cualquier otro problema medico o historia medica que figura en esta lista? Sí No Si sí, explica por favor: _____

EN CASO DE CONTACTO DE EMERGENCIA...

Nombre _____ Relación _____ Teléfono _____

Nombre _____ Relación _____ Teléfono _____

Según mi leal saber y entender, las preguntas en esta forma han sido contestadas exactamente. Comprendo que eso proporcionando información inexacta puede ser peligroso a mí (o el paciente) la salud. Es mi responsabilidad de informar la oficina dental de cualquier cambio en el estatus médico.

FIRMA DE PACIENTE, el PADRE o el GUARDIAN: _____ FECHA: _____

La SALUD MEDICA REVISADA POR: _____ FECHA: _____

CONSENTO PARA TRATAMIENTO DENTAL GENERAL

Nombre: _____

DOB: _____

POR FAVOR, SOLO INICIAL # 2 y # 3. NO INICIAL DE CUALQUIER OTROS SIN SER NOTIFICADO POR LA OFICINA DE PERSONAL.

1. TRATAMIENTO PARA COMPLETAR

Entiendo que voy a recibir algunos de estos tratamientos: Examen/Radiografías Rellenos Coronas
 Extracción Canalizaciones Dentaduras Otro _____

Iniciales _____

2. MEDICAMENTOS

Entiendo que los antibióticos, analgésicos y otras medicaciones pueden causar reacciones alérgicas provocando coloración y inflamación de los tejidos, dolor, comezón, vómitos, reacción traumante anafiláctica (reacción alérgica severa)

Iniciales _____

3. CAMBIOS AL PLAN DE TRATAMIENTO

Entiendo que durante el curso de mi tratamiento puede ser necesario cambiar o añadir algunos tratamientos debido a la condición de mi dentadura que no fueron detectados durante el examen, el mas común siendo canalizaciones. Le autorizo al Doctor añadir cualquier procedimiento cuando sea necesario.

Iniciales _____

4. EXTRACCIONES

Me han explicado alternativas a la extracción, (canalización, corona, cirugía de encías, etc....) autorizo al Doctor extraer los siguientes dientes y cualquier otros por razones en el tercer párrafo Entiendo que las extracciones no eliminan infección (si existe) y Tratamiento adicional puede ser necesario. Reconozco los riesgos y reacciones involucrados al sacar dientes, algunos que incluyen dolor, inflamación, infección extendida alvéolos secos, pérdida de sensación en los dientes labios, lengua y tejidos Parestesia que puede ser indefinido, meses o días o mandíbula fracturada. Entiendo que puedo necesitar tratamiento mayor con un especialista o aun ser hospitalizado si hay complicaciones durante o después del tratamiento en el cual el costo es mi responsabilidad.

Iniciales _____

5. CORONAS, PUENTES Y CAPAS

Entiendo que algunas veces no es posible obtener el mismo color de dientes naturales a dientes artificiales. También comprendo que puedo obtener una corona temporal y que es necesario tener mucho cuidado que no se me caiga hasta que las coronas permanentes sean entregadas. Entiendo que la última oportunidad de hacer cualquier cambio a mi nueva corona, puente o capa, incluye forma, ajuste, tamaño y color es antes de la cimentación.

Iniciales _____

6. TRATAMIENTO DE ENDODONCIA (CANALIZACIONES)

Entiendo que no hay ninguna garantía que el tratamiento endodontico salvara mi diente y que pueden surgir complicaciones después de el tratamiento y que hay riesgo que material utilizado durante el tratamiento puede extenderse dentro del diente que no necesariamente afecta el progreso de mi tratamiento y que por falla de las manufactura, algunos objetos finos de metal utilizados durante el tratamiento pueden separarse. También entiendo que algunas veces es necesario proceder con tratamientos adicionales después del tratamiento de Endodoncia como un Apiceoectomia. También entiendo que hay ocasiones que apear de atentos para salvar el diente no se es posible.

Iniciales _____

7. PERDIDA DE PERIODNCIA (TEJIDOS / HUESO)

Entiendo que padezco de una condición severa que causa inflamación e perdida de los tejidos en mis encías y hueso, que es posible que resulte en perdida de mis dientes. Me han explicado los tratamientos alternativos que incluyen cirugía y remplazar o extraer dientes. Entiendo que si no continuo tratamiento de peridncia, mi condición puede ser irreversible.

Iniciales _____

8. RELLENOS

Entiendo que es necesario tener cuidado durante las primeras 24 horas de recibir una resataurazion al masticar para evitar que falle el tratamiento. Entiendo que puede que la restauración necesitada durante el tratamiento sea mayor que la que fue diagnosticada originalmente por la condición del diente. Entiendo que puede sentir mucha sensación en el área de la restauración después de tratamiento pero si continua la sensación puede que sea necesario proceder con tratamientos mayores como una canalización. Si el diente sentía dolor o cesación antes de la restauración.

Iniciales _____

9. DENTADURA

Entiendo que dentaduras artificiales son difíciles de usar. Entiendo que las dentaduras completas o parciales son ratificales, construidas de plástico, tal y o porcelana. Me han explicado los problemas que pueden surgir al utilizar estos aparatos. Áreas sensitivas, cambio de pronunciación, problemas para masticar y comer son comunes. Dentadura inmediata es acompañada con dolor. Dentaduras inmediatas pueden requerir varios ajustes y realizaciones. Realizaciones permanentes pueden ser necesarias después. Esto n o es incluido en el precio. Entiendo que es mi responsabilidad regresar para la entrega de la dentadura. Entiendo que falta de mi cita para la entrega puede resultar en dentadura que no queda bien. Si es necesario volver hacer alguna cosa por mi falta de regresar en 30 días o menos es necesario agregar costos adicionales.

Iniciales _____

Entiendo que el tratamiento dental no es una ciencia exacta y que por lo mismo los participantes no pueden garantizar los resultados. Reconozco que nadie me ha garantizado nada de el tratamiento que e autorizado y comprendo que apezar de cualquier aseguranza dental que mantenga soy responsable por pago para tratamiento dental. Acepto que soy responsable por cualquier cargos que haya incluyendo cargos de abogados, colecciones y costos de corte para cumplir con esta obligación.

FIRMA DE PACIENTE, el PADRE o el GUARDIAN: _____ FECHA: _____

La SALUD MEDICA REVISADA POR: _____ FECHA: _____

RECONOCIMIENTO DEL PACIENTE DE RECIBO DE MATERIALES DENTALES HOJA DE DATOS Y AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Desde el 1 de enero de 2002, la Junta Dental de California ahora requiere que distribuyamos a nuestros pacientes una copia de la Hoja de datos de materiales dentales. Además, la Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro Médico (HIPAA) exige que los pacientes reciban una copia de nuestro Aviso de prácticas de privacidad.

Si lo desea, imprima y firme su nombre a continuación, reconociendo que ha recibido estos formularios en esta oficina.

1. Una copia de la Hoja de datos de materiales dentales; y
2. Aviso de prácticas de privacidad

IMPRIMIR EL NOMBRE DEL PACIENTE / PADRE / GUARDIÁN

X _____
FIRMA DEL PACIENTE / PADRE / TUTOR

FECHA

Sólo para uso de oficina

Intentamos obtener un acuse de recibo por escrito de nuestro Aviso de prácticas de privacidad, pero no se pudo obtener el reconocimiento porque:

- Individuo se negó a firmar
- Las barreras de comunicación prohibieron obtener el reconocimiento
- Una situación de emergencia nos impidió obtener un reconocimiento
- Otros (especificar)

