

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: \_\_\_\_\_

Número de Seguro Social del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento del paciente: \_\_\_\_\_ Sexo: (Círculo) **M** **F**

Contacto de emergencia: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Farmacia de su preferencia: \_\_\_\_\_

¿Cómo nos conoció?

Google  Yelp  ZocDoc  Facebook  Seguro  Familia/Amigo  Otro: \_\_\_\_\_

### Información de seguro

¿Cuenta con seguro dental? (Círculo) **Sí** **No**

¿Cuenta con un seguro dental secundario? (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\***

### 1. Políticas de pago, seguro y acuerdos financieros (TODOS los nuevos pacientes deben firmarlas).

Al firmar a continuación, dejo constancia de que recibí el formulario de Políticas financieras y acepto acatarlas.

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

### 2. Aviso de prácticas de privacidad (deben firmarlo TODOS los pacientes nuevos).

Al firmar a continuación, dejo constancia de que he leído el Aviso de prácticas de privacidad, según lo exige la ley de Transferencia y Responsabilidad de Seguro Médico (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA) de 1996.

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

### 3. Consentimiento para obtener el historial de los medicamentos del paciente.

En la medida en que lo permite la ley vigente, autorizo a este consultorio odontológico (o a sus designados) a obtener de mi farmacia y compañía aseguradora (según corresponda) información sobre mi historial de recetas y otorgo a mi farmacia y compañía aseguradora permiso para divulgar dicha información. Esto incluye información relacionada con medicamentos para tratar el SIDA/VIH y medicamentos utilizados para tratar problemas mentales.

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

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? (Círculo) **Sí No**

¿Ha recibido atención por parte de un médico? (Círculo) **Sí No**

¿Alguna vez estuvo hospitalizado? (Círculo) **Sí No**

Altura: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_

Fecha de la última visita al dentista: \_\_\_\_\_ Fecha de las últimas radiografías \_\_\_\_\_

Fecha de la última limpieza: \_\_\_\_\_

¿Alguna vez recibió tratamiento por una enfermedad periodontal (de las encías)? (Círculo) **Sí No**

¿Alguna vez le aplicaron novocaína o cualquier otro anestésico local? (Círculo) **Sí No**

¿Está interesado en el blanqueamiento dental? (Círculo) **Sí No**

Si usa dentadura postiza, ¿qué antigüedad tiene?: \_\_\_\_\_

¿Está interesado en tener nueva dentadura postiza? (Círculo) **Sí No**

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

¿Toma o tomó bifosfonatos orales (por ejemplo, FOSAMAX, ACTONEL, BONIVA) o bifosfonatos por vía intravenosa (por ejemplo, ZOMETA, AREDIA)? (Círculo) **Sí No** ¿Durante cuánto tiempo los tomó? \_\_\_\_\_

En el pasado, ¿tomó antibióticos antes de los procedimientos odontológicos? (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? (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?									
<b>IMPORTANTE:</b> 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 \_\_\_\_\_

ACTUALIZACIÓN A LOS 6 MESES → Firma del paciente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ Firma del médico/revisión de la historia clínica \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_