

FORMULARIO DE HISTORIAL DE SALUD

Nombre del Paciente: _____ Nombre Preferido: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Nombre del Médico de Atención Primaria: _____ Teléfono del Médico de Atención Primaria: (____) _____

Último Examen Físico: _____ Propósito: _____

Salud General: Excelente Buena Regular Mala

¿TIENE O HA TENIDO ALGUNA VEZ:	SÍ	NO		SÍ	NO
1. Hospitalización por enfermedad o lesión _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	28. Osteoporosis/osteopenia (tomando bisfosfonatos) _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Una reacción ALÉRGICA a:			29. Artritis _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/> Anestésicos locales <input type="radio"/> Aspirina			30. Glaucoma _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/> Penicilina <input type="radio"/> Eritromicina			31. lentes de contacto _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/> Drogas de sulfa <input type="radio"/> Codeína/u otros narcóticos			32. lesiones en la cabeza o cuello _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/> Metales <input type="radio"/> Látex			33. epilepsia, convulsiones, ataques _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/> Tetraciclina <input type="radio"/> Otros: _____			34. problemas neurológicos (si es sí, tipo _____)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Problemas cardíacos, o stent cardíaco en los últimos 6 meses _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	35. herpes, infecciones virales, o herpes labial _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Antecedentes de endocarditis infecciosa _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	36. bultos o hinchazón alrededor de la boca _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Válvula cardíaca artificial, defecto cardíaco reparado (PFO) _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	37. Colesterol alto o tomando estatinas _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Marcapasos o desfibrilador implantable _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	38. ITS/ETS _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Defecto cardíaco congénito _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	39. hepatitis (si es sí, tipo _____)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Articulación artificial (fecha _____)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	40. VIH/SIDA _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Hipertensión _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	41. tumor, crecimiento anormal _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Hipotensión _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	42. cáncer, quimioterapia, radioterapia _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Derrame cerebral _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	43. trastorno(es) de salud mental _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Anemia u otro trastorno sanguíneo _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	44. micción excesiva _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Sangrado anormal _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	45. diabetes (si es sí, tipo I o II) _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Hemofilia _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	46. dolores de cabeza o migrañas frecuentes _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. Fiebre reumática o escarlatina _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	¿ESTÁ:		
16. Enfisema/sarcoidosis _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	48. siendo tratado actualmente por alguna otra enfermedad	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Tuberculosis _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	49. consciente de un cambio en su salud (fiebre, nueva tos)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Problemas de sueño o ronquidos _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	50. tomando medicamentos para el control de peso _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. Asma/problemas respiratorios _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	51. tomando suplementos dietéticos _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Enfermedad renal _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	52. a menudo exhausto o fatigado _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. enfermedad de la tiroides, paratiroides, o deficiencia de calcio _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	53. MUJER - ¿está amamantando? _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. enfermedad hepática _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	54. MUJER - ¿toma anticonceptivos? _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23. ictericia _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	55. MUJER - ¿está embarazada? _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24. deficiencia hormonal _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	56. HOMBRE - ¿trastornos de próstata? _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25. problemas sinusales _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	¿USA:		
26. úlcera gástrica o duodenal _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	57. alcohol (por semana _____)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27. trastornos digestivos (reflujo gástrico) _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	58. tabaco (fumar, vapear, esnifar o masticar) _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Describe cualquier condición médica actual o tratamiento que pueda afectar su tratamiento dental (por ejemplo, botox, inyecciones de colágeno):

Firma del Paciente _____ Fecha: _____

Firma del Doctor _____ Fecha: _____

MEDICAMENTO LISTE

Liste todos los medicamentos, suplementos y/o vitaminas tomadas en los últimos 2 años.

MEDICAMENTO/DOSIS	FECHA DE LA ÚLTIMA DOSIS	MEDICAMENTO/DOSIS	FECHA LA ÚLTIMA DOSIS

POR FAVOR, AVÍSENOS EN EL FUTURO DE CUALQUIER CAMBIO EN SU HISTORIAL MÉDICO O MEDICAMENTOS.

Firma del Paciente _____ Fecha: _____

Firma del Doctor _____ Fecha: _____

FORMULARIO DE INFORMACIÓN DEL PACIENTE

INFORMACIÓN PERSONAL (CONFIDENCIAL)					
Apellido	Nombre	Inicial del Segundo	Fecha de Nacimiento	Género	Inicial del Segundo Nombre
Dirección		Ciudad	Estado	Código Postal	Teléfono de Casa/Móvil
Estado Civil (marque uno)			Dirección de correo electrónico	Teléfono del Trabajo	
<input type="radio"/> SOLTERO/A <input type="radio"/> CASADO/A <input type="radio"/> DIVORCIADO/A <input type="radio"/> VIUDO/A <input type="radio"/> MENOR DE 18 AÑOS Empleador y Dirección del Empleador					Ocupación
Apellido del Cónyuge	Nombre del Cónyuge	Inicial del Segundo Nombre del Cónyuge		Teléfono Móvil del Cónyuge	
Empleador del Cónyuge y Dirección del Empleador				Teléfono del Trabajo del Cónyuge	
Nombre del Contacto de Emergencia y Relación (aparte del cónyuge)				Teléfono del Contacto de Emergencia	
Si es un paciente nuevo, ¿cómo nos conoció? Si fue un amigo o familiar, por favor incluya su nombre para que podamos mostrar nuestro agradecimiento.					
INFORMACIÓN DEL SEGURO DENTAL Y FINANCIERA					
Nombre del Suscriptor (Seguro Primario)			Fecha de Nacimiento del Suscriptor	Número de Identificación del Suscriptor	
Nombre de la Compañía de Seguros Primaria			Dirección de la Compañía de Seguros		
Nombre y Número del Grupo			Relación del Paciente con el Suscriptor	Teléfono de la Compañía de Seguros	
Nombre del Suscriptor (Seguro Secundario)			Fecha de Nacimiento del Suscriptor	Número de Identificación del Suscriptor	
Nombre de la Compañía de Seguros Secundaria			Dirección de la Compañía de Seguros		
Nombre y Número del Grupo			Relación del Paciente con el Suscriptor	Teléfono de la Compañía de Seguros	

Doy mi consentimiento para ser paciente y acepto someterme a exámenes radiográficos y clínicos. Durante el curso del tratamiento, puedo someterme a procedimientos en todas las fases de la odontología, incluyendo periodoncia, cirugía oral, endodoncia, prótesis fijas y removibles, odontología de implantes, odontología restauradora, tratamiento de trastornos temporomandibulares, tratamiento de apnea del sueño, patología oral, odontología pediátrica y radiografía.

Proporcionaré un historial médico completo y detallado, suministraré una lista completa de mis medicamentos con las dosis, y consiento que mi dentista se comunice con mis otros profesionales médicos para consultar sobre cualquier aspecto de mi historial de salud. Acepto actualizar esta información periódicamente o según sea necesario.

Entiendo que no se pueden hacer garantías sobre los resultados del tratamiento, la longevidad de las restauraciones o el pronóstico. Entiendo que cualquier rama de la medicina, incluida la odontología, puede implicar resultados no anticipados. Entiendo que mi plan de tratamiento puede cambiar en cualquier momento y haré todo lo posible por abordar mi cuidado dental con optimismo y comunicación abierta con mi dentista, higienista y el personal de la clínica dental. Estoy en mi derecho de hacer preguntas sobre cualquier aspecto de mi cuidado dental y solicitaré información si estoy confundido o necesito más detalles. Soy responsable de aclarar cualquier aspecto de mi tratamiento sobre el que pueda tener dudas.

Firma del Paciente _____

Fecha: _____

ACUERDO DE RESPONSABILIDAD FINANCIERA DEL PACIENTE, ASIGNACIÓN Y LIBERACIÓN

El tratamiento dental es una excelente inversión en la salud y el bienestar suyo y de su familia. Reconocemos que la economía a largo plazo también es una preocupación principal. A continuación, se describen los derechos y responsabilidades para ayudar a comprender nuestra futura relación dental.

VERIFICACIÓN Y ASIGNACIÓN DEL SEGURO

- Certifico que la información que he proporcionado sobre mi cobertura dental activa es correcta según mi leal saber y entender.
- Autorizo la liberación de cualquier registro dental/médico u otra información, incluyendo diagnóstico y tratamiento recibido, según lo solicitado por mi aseguradora dental.
- Autorizo la asignación del pago de beneficios de mi aseguradora(s) directamente a la clínica dental asignada y al profesional que me brindó el servicio(s)."

Iniciales del paciente: _____

RESPONSABILIDAD FINANCIERA

Entiendo que se espera el PAGO TOTAL en el momento de mi cita. Entiendo que si llego el día de mi cita sin una de las formas de pago aceptables que se enumeran a continuación, la oficina tiene el derecho de reprogramar mi cita. También creemos que las consideraciones financieras no deberían ser un obstáculo para obtener tratamiento. En situaciones que impliquen planes de tratamiento extensos, ofrecemos las siguientes opciones de pago:

PLANES DE PAGO MENSUAL ASEQUIBLES (Sujeto a aprobación). Estos son arreglos de financiamiento externos específicamente diseñados para la odontología y especialidades relacionadas, con pagos mensuales asequibles.

- **Sin pago inicial con opciones SIN INTERESES**
- **Tasas fijas bajas que van del 4.0% al 12%**
- **Sin penalización por pago anticipado, plazos de hasta 60 meses**
- **Proceso de solicitud rápido y fácil con aprobación el mismo día**

En caso de que los cargos incurridos no se paguen en su totalidad cuando vencen y se inicie una acción de cobro, entiendo que soy responsable de los costos adicionales asociados con dicha actividad de cobro. Los costos de cobro pueden incluir, y no se limitan a, honorarios de agencias de cobranza, honorarios de abogados, costos judiciales y/o cualquier otro gasto incurrido en su cobranza, según lo permitido por la ley.

CITAS CANCELADAS Y PERDIDAS

Entiendo que si me resulta imposible asistir a una cita programada, debo informar a la oficina al menos veinticuatro horas antes para que otro paciente pueda usar el tiempo reservado para mí. Puede haber un cargo por citas perdidas o cancelaciones tardías.

PACIENTES QUE TIENEN BENEFICIOS DE SEGURO DENTAL

El pago se espera el día del tratamiento, a menos que se hayan hecho otros arreglos antes de la cita. Como una CORTESÍA, enviaremos las tarifas de su tratamiento a su compañía de seguros en su nombre. Sin embargo, la responsabilidad financiera y la obligación legal por cualquier tratamiento no cubierto permanece con usted, incluyendo cualquier saldo restante, aunque se pueda cobrar un copago estimado en el momento de su cita. Intentaremos obtener la mayor cantidad de beneficios posible de su seguro para los servicios proporcionados, pero su póliza de seguro es un contrato entre usted y su compañía de seguros; no somos parte de ese contrato. Aceptamos la asignación de beneficios como una cortesía para nuestros pacientes. Cualquier reclamación que no sea pagada por su aseguradora dentro de 60 días se le facturará a usted, el paciente.

Si es necesario, se enviará un estimado previo al tratamiento a su compañía de seguros para determinar qué beneficio puede recibir. Los pacientes son responsables de cualquier "parte del paciente" no cubierta por el seguro, que deberá pagarse en el momento del servicio. Tenga en cuenta que esto es un ESTIMADO y no una promesa o garantía de cobertura por parte de la aseguradora.

LIBERAR

Consiento el examen clínico y la realización de videos, fotografías y radiografías antes, durante y después del tratamiento, y a su uso por parte del doctor en trabajos científicos o demostraciones. Certifico que he leído, o me han leído, el contenido de este formulario y entiendo los riesgos y limitaciones involucrados.

Firma del Paciente/Parte Responsable

Fecha

Representante de la Práctica

Fecha

Reconocimiento de Recepción del Aviso de Prácticas de Privacidad

Puede Negarse a Firmar este Reconocimiento

DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO: _____

Yo, (nombre en letra de molde) _____, he recibido una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de esta oficina.

Bajo los requisitos de HIPAA, no se nos permite proporcionar información médica/dental a nadie sin el consentimiento del paciente. Si desea que se libere alguna de su información médica/dental a familiares o amigos, por favor, enumere a las personas a continuación:

Nombre _____ Teléfono _____ Relación _____

Nombre _____ Teléfono _____ Relación _____



No está obligado a firmar para recibir atención en nuestra oficina dental.

¿Cómo le gustaría que nos comunicáramos con usted? Nuestra oficina dental envía recordatorios de citas, información sobre tratamientos, información de seguros y otras comunicaciones.

Para Comunicaciones por Teléfono, Mensajes de Texto y Correo Electrónico:

Al firmar a continuación, consiento lo siguiente: La práctica dental o su proveedor de servicios puede contactarme para proporcionar información sobre atención médica, como recordatorios de citas e información sobre tratamiento, pago, mi cuenta o seguro, utilizando voz artificial o grabada o equipos telefónicos que pueden ser capaces de marcar automáticamente.

Mi método de contacto preferido es (marque todos los que correspondan):

Contácteme por teléfono en:

Casa () _____

Móvil () _____

Trabajo () _____

Envíame un mensaje de texto

Envíame un correo electrónico

No contactarme

Firma: _____

Fecha: _____

Por favor, contacte a nuestra oficina de inmediato si obtiene un nuevo número de teléfono.

HISTORIAL DENTAL

Nombre del Paciente _____ Referido Por _____

¿Cómo calificaría la condición de su boca? Excelente Bueno Regular Malo
 Dentista Anterior _____ Número de Teléfono (_____) _____

Examen dental más reciente: ____/____/____ Radiografía dental más reciente: ____/____/____

¿Cuánto tiempo había sido paciente de su dentista anterior? _____ Meses o Años (por favor, circule)

Tratamiento dental más reciente ____/____/____ Tipo de tratamiento _____

Veo a mi dentista rutinariamente cada: 3 meses 6 meses 1 año o más

¿Cuál es su preocupación dental inmediata? _____

Por favor, responda S o N a lo siguiente:

Historial Personal

- | | | |
|---|---|---|
| 1. ¿Tiene miedo al tratamiento dental? | S | N |
| Si es así, por favor califique del 1 (no tan malo) al 10 (muy malo). | | |
| 2. ¿Ha tenido alguna experiencia dental desfavorable? | S | N |
| 3. ¿Alguna vez ha tenido complicaciones con tratamientos dentales anteriores? | S | N |
| 4. ¿Alguna vez ha tenido problemas con anestésicos locales (dificultad para adormecerse)? | S | N |
| 5. ¿Alguna vez ha tenido aparatos ortopédicos, tratamiento de ortodoncia o ajustes en su mordida? | S | N |
| 6. ¿Ha tenido algún diente extraído? | S | N |

Características de la Sonrisa

- | | | |
|--|---|---|
| 1. ¿Hay algo sobre la apariencia de sus dientes que le gustaría cambiar? | S | N |
| 2. ¿Alguna vez ha blanqueado sus dientes? | S | N |
| 3. ¿Se siente inseguro acerca de sus dientes? | S | N |
| 4. ¿Alguna vez se ha sentido decepcionado con la apariencia de trabajos dentales anteriores? | S | N |

Mordida y Articulación de la Mandíbula

- | | | |
|--|---|---|
| 1. ¿Tiene problemas con la articulación de su mandíbula (dolor, clics, sonidos, apertura limitada)? | S | N |
| 2. ¿Tiene problemas para masticar chicle, zanahorias, bagels, barras de proteína u otros alimentos duros? | S | N |
| 3. ¿Han cambiado sus dientes en los últimos 5 años, se han acortado, adelgazado o desgastado? | S | N |
| 4. ¿Sus dientes están apiñados o están desarrollando espacios? | S | N |
| 5. ¿Sus dientes frontales se cierran con su mordida natural o debe apretar para que encajen? | S | N |
| 6. ¿Mastica hielo, se muerde las uñas, usa sus dientes para sostener objetos o tiene algún otro hábito oral? | S | N |
| 7. ¿Aprieta los dientes durante el día o le duelen? | S | N |
| 8. ¿Aprieta o rechina los dientes por la noche o se despierta con dientes o mandíbulas doloridos? | S | N |
| 9. ¿Usa o ha usado algún aparato de mordida? | S | N |

Estructura Dental

- | | | |
|--|---|---|
| 1. ¿Ha tenido caries en los últimos 3 años? | S | N |
| 2. ¿Con frecuencia tiene la boca seca o tiene dificultad para tragar? | S | N |
| 3. ¿Siente o nota algún agujero (es decir, hoyos, cráteres) en la superficie de masticación de sus dientes? | S | N |
| 4. ¿Alguno de sus dientes es sensible a la temperatura, al morder, a los dulces, o evita tocar ciertas áreas de su boca? | S | N |
| 5. ¿Tiene algún surco o muesca en sus dientes cerca de la línea de las encías? | S | N |
| 6. ¿Alguna vez ha roto dientes, astillado dientes, tenido un dolor de muelas o un empaste agrietado? | S | N |
| 7. ¿Se le queda comida atrapada entre los dientes? | S | N |

Encías y Hueso

- | | | |
|---|---|---|
| 1. ¿Le sangran las encías al cepillarse, usar hilo dental o comer? | S | N |
| 2. ¿Alguna vez ha sido tratado por enfermedad de las encías o le han dicho que tiene pérdida ósea? | S | N |
| 3. ¿Alguna vez ha notado un sabor u olor desagradable en su boca? | S | N |
| 4. ¿Hay alguien en su familia con antecedentes de enfermedad periodontal? | S | N |
| 5. ¿Alguna vez ha experimentado recesión de las encías? | S | N |
| 6. ¿Alguna vez se le ha aflojado algún diente por sí solo, o tiene dificultad para comer una manzana? | S | N |
| 7. ¿Alguna vez ha experimentado una sensación de ardor en su boca? | S | N |