



INFORMACIÓN DEL HISTORIAL MÉDICO Y DENTAL DEL PACIENTE

INFORMACIÓN DEL PACIENTE				
Apellido:	Nombre:	<input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Menor	<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	
Domicilio postal:	Ciudad:	Estado:	Código postal:	
Dirección de correo electrónico (se mantendrá confidencial):				
Teléfono particular:	Teléfono celular:	Teléfono laboral:		
Fecha de Nacimiento: / /	SSN:	Remitido por:		
Si está casado, nombre del cónyuge:		¿Algún miembro de su familia ha sido tratado alguna vez en nuestra oficina? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Empleador:	Dirección:	Teléfono:		
Si es estudiante de tiempo completo, nombre de la escuela:		En qué ciudad:	Su grado:	
Nombre del contacto de emergencia (fuera del hogar inmediato):		Relación:		
Dirección:		Teléfono:		

SEGURO DENTAL		
POLÍTICA PRIMARIA: Nombre de la compañía de seguros:		Teléfono particular: ()
El suscriptor es: <input type="checkbox"/> Yo <input type="checkbox"/> Padre/Madre <input type="checkbox"/> Tutor legal <input type="checkbox"/> Otro:	Número de suscriptor:	Número de grupo:
Nombre de la empresa empleadora:		
Si no es suscriptor: Nombre completo del suscriptor:		SSN: - -
Fecha de nacimiento del suscriptor: / /	Teléfono laboral: ()	
POLÍTICA SECUNDARIA: Nombre de la compañía de seguros:		Teléfono particular: ()
El suscriptor es: <input type="checkbox"/> Yo <input type="checkbox"/> Padre/Madre <input type="checkbox"/> Tutor legal <input type="checkbox"/> Otro:	Número de suscriptor:	Número de grupo:
Nombre de la empresa empleadora:		
Si no es suscriptor: Nombre completo del suscriptor:		SSN: - -
Fecha de nacimiento del suscriptor: / /	Teléfono laboral: ()	

FORMA DE PAGO	AUTORIZACIÓN
<p>El responsable de la cuenta es: <input type="checkbox"/> Yo <input type="checkbox"/> Padre/Madre <input type="checkbox"/> Tutor legal <input type="checkbox"/> Otro:</p> <p>Forma de pago: <input type="checkbox"/> El seguro y cualquier saldo adeudado se paga al momento del servicio. <input type="checkbox"/> Pago total en cada cita (en efectivo, cheque o tarjeta de crédito) <input type="checkbox"/> uno mismo</p> <p>Cargo por servicio: Si no pago todo el nuevo saldo dentro de los 25 días posteriores a la fecha de facturación mensual, se agregará un cargo por servicio a la cuenta para el período de facturación mensual actual. El cargo por servicio será una tasa periódica del 1,5% mensual (o un cargo mínimo de \$3,00 para un saldo inferior a \$200,00), que es una tasa porcentual anual del 18% aplicada al saldo del último mes. En caso de incumplimiento de pago, prometo pagar cualquier interés legal sobre el saldo adeudado, junto con los costos de cobro y los honorarios razonables de abogados incurridos para efectuar el cobro de esta cuenta o futuros saldos pendientes.</p>	<p>Por la presente autorizo el pago directamente al consultorio dental de Excel Dental de los pagos del seguro grupal que de otro modo serían pagaderos a mí. Entiendo que soy responsable del costo del tratamiento dental. Por la presente autorizo al consultorio dental a administrar dichos medicamentos y realizar los procedimientos diagnósticos y terapéuticos que sean necesarios para el cuidado dental. La información en esta página y los historiales médicos/dentales son correctos a mi leal saber y entender. Le otorgo al dentista el derecho de divulgar mis registros médicos/dentales u otra información sobre mi tratamiento dental a terceros pagadores y/u otros profesionales de la salud.</p> <p>Firmado: _____</p> <p>Nombre impreso: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Yo <input type="checkbox"/> Padre/Madre <input type="checkbox"/> Tutor legal <input type="checkbox"/> Otro:</p> <p>California. Número de licencia de conducir: _____</p> <p>Fecha de firma: _____</p>

HISTORIAL DENTAL Y SÍNTOMAS		
¿Cuál es el motivo de la visita de hoy?		
¿Actualmente experimenta algún dolor o malestar dental? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si es así, ¿dónde?		
¿Cuándo fue el último examen dental? / / ¿Qué se llevó a cabo en esa cita?		
¿Cuándo fue la última vez que le realizaron radiografías dentales?		
Marque una "X" en la casilla SÓLO si esto se aplica a usted.		
¿Le cuesta abrir la boca? ¿Le duele al masticar, morder o tragar?..... ¿Le sangran las encías cuando se cepilla o usa hilo dental? ¿Se ha sometido alguna vez a tratamientos periodontales (de encías) como destartraje y alisado radicular?..... ¿Tiene, o alguna vez ha tenido, llagas o protuberancias en la boca?..... ¿Aprieta o hace rechinar los dientes?..... ¿Siente algún chasquido, crujido o dolor en la mandíbula?..... ¿Tiene dolores de oído o de cuello?..... ¿El tratamiento dental lo pone nervioso? ¿Alguna vez ha experimentado alguno de estos trastornos respiratorios relacionados con el sueño?..... <input type="checkbox"/> Respiración por boca <input type="checkbox"/> Ronquido <input type="checkbox"/> Dificultad para respirar durante el sueño	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	¿Alguna vez ha sufrido una lesión grave en la cabeza o la boca? <input type="checkbox"/> Si es así, describa lo ocurrido y cuándo ocurrió: _____ _____ ¿Alguna vez ha tenido una reacción o un problema con la anestesia dental? <input type="checkbox"/> Si es así, describa lo ocurrido: _____ _____ ¿No le gusta su sonrisa? Si es así, ¿por qué? <i>Marque donde corresponda:</i> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> El color de sus dientes <input type="checkbox"/> La forma de sus dientes <input type="checkbox"/> La posición de sus dientes <input type="checkbox"/> Otros. Describa: _____

MEDICACIONES Y OTROS PRODUCTOS/OTRAS SUSTANCIAS			
Marque las respuestas a las siguientes preguntas con una «X».			Sí No ?
¿Toma algún anticoagulante (como warfarina [Coumadin®], rivaroxabán [Xarelto®], dabigatrán [Pradaxa®], clopidogrel [Plavix®], heparina o aspirina)?.....			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Si es así, ¿qué medicación toma? _____			
¿Toma alguna medicación para tratar la osteoporosis o la enfermedad de Paget ? Algunos medicamentos que se recetan comúnmente incluyen alendronato (Fosamax®), risedronato (Actonel®), ibandronato (Boniva®), zolendronato (Reclast®) y denosumab (Prolia®).....			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Si es así, ¿qué medicación toma? _____			
¿Usa, o tiene previsto usar, medicación intravenosa (IV) para tratar el dolor de huesos, la hipercalcemia o las complicaciones óseas derivadas de la enfermedad de Paget, el mieloma múltiple o el cáncer metastásico? Algunos medicamentos que se recetan comúnmente incluyen denosumab (Xgeva®), pamidronato (Aredia®) o zolendronato (Zometa®).....			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Si es así, ¿qué medicación toma? _____ ¿Hace cuántos años que la toma? _____			
¿Recibe terapia de sustitución hormonal ?			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
¿Consuma algún tipo de tabaco o productos de nicotina (cigarrillo, cigarro, rapé, tabaco para mascar, bidi)?.....			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
¿Utiliza productos de vapeo ?.....			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
¿Consuma sustancias controladas (drogas) , incluida la marihuana, por motivos medicinales o recreativos?.....			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Si es así, ¿qué sustancias? _____ Si es así, ¿con qué frecuencia? <input type="checkbox"/> A diario <input type="checkbox"/> Varias veces por semana <input type="checkbox"/> Todas las semanas <input type="checkbox"/> A veces			
¿La sustancia fue recetada por un médico? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si es así, ¿por qué razones? _____			
¿Toma algún otro medicamento recetado o de venta libre, vitaminas, hierbas o suplementos ?			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Si es así, enumérelos aquí e incluya información sobre la cantidad y la frecuencia de uso de cada uno. _____			
SOLO PARA MUJERES:			
¿Toman pastillas anticonceptivas ?			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
¿Está embarazada ? Si es así, incluya la cantidad de semanas: _____			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
¿Está en el periodo de lactancia ? Si es así, incluya la cantidad de semanas: _____			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

ALERGIAS Marque las respuestas a las siguientes preguntas con una «X».			
Es alérgico o ha tenido una reacción alérgica a:	Sí No ?		Sí No ?
Aspirina	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		Sulfamidas como el sulfametoxazol-trimetoprima (Septra, Bactrim), eritromicina-sulfisoxazol, sulfasalazina (Azulfidine), eritromicina-sulfisoxazol (Erizole, Pediazole) gluburida (Diabeta, Glynase PresTabs), dapsona, sumatriptán (Imitrex), celecoxib (Celebrex), hidroclorotiazida (Microzide) y furosemida (Lasix).....
Barbitruco, sedantes o pastillas para dormir.....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Codeína u otros narcóticos	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		Otro
Fiebre del heno/alergias estacionales.....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Yodo	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		Explique las respuestas afirmativas e incluya información sobre su experiencia: _____
Látex (caucho)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		_____
Anestésicos locales.....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
Metales.....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
Penicilina u otros antibióticos.....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		

HISTORIAL MÉDICO Y QUIRÚRGICO

Fecha del último examen físico: / /

Nombre del médico:

Teléfono:

Marque las respuestas a las siguientes preguntas con una «X».

	Sí	No	?
¿Tiene buena salud física?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Le ha recomendado un médico o un dentista anterior que tome antibióticos antes de hacerse un tratamiento dental?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Ha tenido alguna enfermedad grave, alguna operación o ha sido hospitalizado en los últimos 5 años?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Se ha sometido a algún tipo de cirugía (ya sea total o parcial) de reemplazo articular (por ejemplo, de cadera, rodilla, hombro, codo, dedo, etc.)?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Has tenido un reemplazo de válvula cardíaca o cirugía cardíaca ?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Se ha sometido a algún trasplante de órgano o de médula ósea/células madre ?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

HISTORIA MÉDICO ESPECÍFICO Marque las respuestas a las siguientes preguntas con una «X».

¿Padece o se le ha diagnosticado alguna de las siguientes afecciones?

	Sí	No	?		Sí	No	?		Sí	No	?
Salud del Corazón (Cardíaca)				Cáncer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Salud digestiva			
Marcapasos/desfibrilador implantable.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tipo: _____				Enfermedad gastrointestinal.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Válvula cardíaca (protésica) artificial.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fecha de diagnóstico: _____				Reflujo gastroesofágico/acidez estomacal persistente (ERGE).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Endocarditis infecciosa anterior.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Salud de la Sangre (Circulatoria)				Úlceras estomacales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cardiopatía congénita (CPC).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anemia.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Salud de los Ojos (Visual)			
CPC cianótica no reparada.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Transfusión de sangre.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Glaucoma.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reparada (completo) en los últimos 6 meses				Si es así, ¿qué fecha? _____				Otros			
CPC reparada con defectos residuales.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hemofilia.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Artritis.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arterioesclerosis.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Presión arterial alta o baja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor crónico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedad de las arterias coronarias.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Salud del Cerebro (Neurológica)/Mental				Diabetes (tipo I o II)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Insuficiencia cardíaca congestiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ansiedad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trastorno alimenticio.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Válvulas cardíacas dañadas.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Depresión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Infecciones frecuentes.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ataque al corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Epilepsia.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tipo de infección: _____			
Soplo/trastorno del ritmo cardíaco.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trastornos de salud mental.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hepatitis, ictericia o enfermedad hepática.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedad cardíaca reumática.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trastornos neurológicos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Inmunodeficiencia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Accidente cerebrovascular.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trastorno por estrés postraumático	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas renales.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Salud Respiratoria (Respiratoria)				Lesión cerebral traumática o conmoción cerebral.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Desnutrición.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asma(EPOC).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad Autoinmune				Osteoporosis.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bronquitis.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SIDA o infección por VIH.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Artritis reumatoide	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfisema	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lupus.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Infección de transmisión sexual (ITS) ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sinusitis.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					Problemas de tiroideos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tuberculosis.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								

¿Tiene alguna enfermedad, afección o problema que no figure en esta lista? Si es así, explique. _____

ACTUALIZACIÓN Y PRECISIÓN MÉDICO

He leído mi Historial Médico y confirmo que expresa adecuadamente mis condiciones pasadas y presentes.

Fecha	Excepciones	Firma del paciente	BP	Revisado por
_____	_____	_____	___/___	_____
_____	_____	_____	___/___	_____
_____	_____	_____	___/___	_____
_____	_____	_____	___/___	_____

Hasta donde yo sé, las preguntas de este formulario han sido respondidas con precisión. Entiendo que proporcionar información incorrecta puede ser peligroso para mi salud (o la del paciente). Es mi responsabilidad informar al consultorio dental de cualquier cambio en mi estado médico.

Fecha: _____ Firma del paciente, padre o tutor legal: _____

PARA SER COMPLETADO POR EL DENTISTA

Comentarios: _____

Solo para uso oficial: Alerta médica Premedicación Alergias Anestesia

Revisado por: _____ Fecha: _____