

INFORMACIÓN CONFIDENCIAL DEL PACIENTE

CUESTIONARIO

Bienvenido a nuestra oficina Creemos que usted estará a gusto con el cuidado que le brindaremos. Para empezar su tratamiento, la siguiente información es necesaria. Por favor, complete totalmente y escriba con letra de molde claramente. Toda información se mantendrá confidencial. Muchas gracias por unirse a nuestra familia de pacientes.

HISTORIAL MÉDICO

NOMBRE _____ TELÉFONO RESIDENCIAL _____
#SEGURO SOCIAL _____ FECHA DE NACIMIENTO _____ EDAD _____ SEXO _____ ESTADO CIVIL _____
DIRECCIÓN _____ CIUDAD _____ ESTADO _____ CODIGO _____
EMPLEADOR _____ TELÉFONO DE TRABAJO _____
NOMBRE DEL CONYUGE _____ EMPLEADOR DEL CONYUGE _____
PERSONA A QUIEN NOTIFICAR EN CASO DE EMERGENCIA _____ TELÉFONO _____
PARIENTE O AMIGO QUE NO VIVE CON USTED _____ TELÉFONO _____
ESTUDIANTE: TIEMPO COMPLETO TIEMPO MEDIO ESCUELA _____ CIUDAD _____

MIEMBROS DE FAMILIA:	EDAD	ULTIMA VISITA AL DENTISTA
CONYUGE		
HIJO		
HIJO		
HIJO		
HIJO		

INFORMACIÓN DE LA PARTE RESPONSABLE

PERSONA RESPONSABLE POR LA CUENTA _____

RELACIÓN al PACIENTE _____

MAILING ADDRESS _____

SEGURO SOCIAL _____

EMPLEADOR _____

DIRECCIÓN _____

SEGURO DENTAL SI NO

NOMBRE DEL ASEGURADO _____

SS# _____ FECHA DE NAC. _____

EMPLEADOR _____

CO.DE SEGURO O PLAN _____

SINDICATO/NOMBRE DE GRUPO _____

DE GRUPO/POLICA _____ # LOCAL _____

FECHA DE EMPLEO _____

TEL. DOMICILIO _____ TEL. TRABAJO _____

CITY _____ ZIP _____

LIC.DE CONDUCTOR _____

OFICIO _____

CIUDAD _____ CODIGO _____

NOMBRE DEL ASEGURADO _____

SS# _____ FECHA DE NAC. _____

EMPLEADOR _____

CO.DE SEGURO O PLAN _____

SINDICATO/NOMBRE DE GRUPO _____

DE GRUPO/POLICA _____ # LOCAL _____

FECHA DE EMPLEO _____

NOMBRE DEL ASEGURADO _____

¿Cómo se enteró de esta oficina? Paciente Nombre del Paciente _____

Sindicato/Seguro Libro Telefónico TV Radio Vio el Edificio/El Letrero

¿Por qué está usted aquí hoy? Examen General Dolor Aparato Ortopédico Mejorar su Sonrisa Otro _____

ACEPTACIÓN DE RESPONSABILIDAD FINANCIERA

Por la presente certifico que yo, el abajo firmado, da permiso para llevar a cabo cualquier servicio dental y/o procedimiento quirúrgico que sea necesario o aconsejado y también para el uso de anestesia local o general que el dentista aconseje que sea necesario. También se me ha explicado las consecuencias si no se llevan a cabo estos tratamientos o si solamente se usan tratamientos parciales. Por la presente autorizo a mi dentista a dar cualquier o toda información (incluyendo información dental) al agente de seguro arriba mencionado para usarse en la administración de reclamos y evaluación, para usarse en la reexaminación y en la verificación financiera. Esta autorización queda válida y efectiva desde la fecha en que se firme hasta que se anule por escrito. Por la presente autorizo a mi agente de seguro a pagar directamente al dentista(s) ya mencionado, los beneficios dentales que de otra manera fueran pagados a mi. Comprendo que si mi compañía de seguro no pagará todo, yo soy responsable por el balance que quede. Comprendo que algunos de los servicios dentales que yo reciba pueden requerir un pago adicional para mi. La cantidad del pago adicional será diferente de acuerdo a los términos del seguro/plan dental que yo tenga y al procedimiento que se hay utilizado. Si mi seguro/plan dental tiene un deducible anual, comprendo que se tiene que pagar antes de empezar el tratamiento. También comprendo que es necesario pagar el pago adicional por completo cuando se empieza el tratamiento. Un cargo financiero de 1.5% por mes (18% por año) se añadirá al balance principal en todas las cuentas que no se hayan pagado dentro de 30 días empezando en la fecha en que se rindan los servicios. También comprendo que los dentistas pueden recetar algunos servicios dentales que no estén cubiertos por mi seguro/plan dental. Se cobrarán honorarios usuales y razonables por tales servicios. También comprendo que se cobrará por citas que yo haya faltado y no haya cancelado con 24 horas de anticipación.

Firma del Paciente

FECHA

Firma de la Persona Responsable

FECHA

	Presión Arterial	Fecha	SEGURO		CUESTIONARIO DE SALUD	
Año 1						
Año 2			Nombre		Fecha de Nacimiento	# Cuenta
Año 3						

Estas preguntas se hacen para su beneficio y para asegurarle que el tratamiento tomará en cuenta su estado de salud pasado y presente. Algunas preguntas le parecerá que no tienen nada que ver con su interés dental, pero todas se refieren al cuidado apropiado de la salud oral. Por favor, conteste cada pregunta y marque SI o NO cuando sea necesario.

HISTORIA MÉDICA

- | | | | | | | |
|---|--|---|--|--|--------------------------|--------------------------|
| | | | | | SI | NO |
| 1. | ¿Goza usted de Buena salud? | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. | ¿Está usted bajo tratamiento médico?..... | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Si está, ¿por cuál condición? _____ | | | | | |
| | Nombre del Doctor / Teléfono / Dirección _____ | | | | | |
| 3. | ¿Ha tenido usted alguna enfermedad grave o alguna cirugía..... | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Si es así, ¿Cuál enfermedad o cirugía? _____ | | | | | |
| 4. | ¿Ha estado usted alguna vez hospitalizado? | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Si es así, ¿Dónde? _____ | | | | | |
| 5. | ¿Está usted tomando alguna medicina? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO O alguna droga recreacional (marijuana, cocaine, etc.) | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Si es así, ¿Cuál? _____ ¿Qué dosis? _____ | | | | | |
| 6. | ¿Es usted sensible o alérgico a alguna droga? <input type="checkbox"/> Penicilina <input type="checkbox"/> Tetraciclina <input type="checkbox"/> Sulfas <input type="checkbox"/> Aspirina <input type="checkbox"/> Codeína <input type="checkbox"/> OTRA | | | | | |
| | Otras – Si es así ¿Cuáles? _____ | | | | | |
| 7. | ¿Sufre usted o ha sufrido alguna de las siguientes enfermedades?: | | | | | |
| SI NO | SI NO | SI NO | SI NO | SI NO | | |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Pacedimiento/Ataques al Corazón | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Enfermedad de la Sangre | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Tuberculosis (T.B.) | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Accesos de Mareo | | |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Enfermedades de Tiródea | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Enfermedades Pulmonares | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Cortisona | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Fiebre Reumática | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Anemia | | |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Complejo Relacionado al SIN | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hepatitis o Ictericia | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ulceras | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Marcapaso Cardíaco | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Glaucoma | | |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Se le hacen moretones fácilmente | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Parálisis Cerebral | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Tumores | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ulcera en los Labios | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Presión Arterial Alta | | |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Enfermedades Venéreas (Sifilis, Gonorrea) | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Soplo Cardíaco | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Embolia | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Enfermedad de Hígado | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Lesiones a la Cabeza | | |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Enfermedad de los Rinofones | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Desordenes Mentales | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Enfisema | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Prótesis Artificial | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Protesis en Coyunturas | | |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Lesiones Congenitales al Corazón | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Reemplazo de Coyuntura | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> SIDA | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Terapia de Radiación | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Lesiones a la Cabeza | | |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Quimioterapia(Cancer,Leucemia) | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Adicción a Drogas | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hemofilia | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Transfusión de Sangre | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Angina Pectoris | | |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Problemas con los senos frontales | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Desordenes Nerviosos | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Tratamiento Psiquiatrico | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Alergia o Ronchas | | |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Dolor en las coyunturas de la quijada | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hemorragias Excesivas | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Epilepsia o Convulsiones | | | |
| | | | | | YES | NO |
| 8. | ¿Tiene usted alguna enfermedad, condición o problema que no aparece en la lista y que usted cree que nosotros debemos saber? | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Si es así, ¿Qué? _____ | | | | | |
| 9. | Fuma Ud.? Si fuma ¿Cuántos al día? _____ | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. | ¿Toma o ha tomado alguna vez la droga Phen-Phen?..... | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. | (Mujeres) ¿Hay alguna posibilidad de que usted esté embarazada?..... | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. | (Mujeres) ¿Tiene usted algún problema asociado con su período menstrual?..... | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. | (Mujeres) ¿Usa usted píldoras anticonceptivas?..... | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

HISTORIAL DENTAL

- | | | | |
|----|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. | ¿Ha tenido usted alguna vez anestesia local (Novocaína, etc.)..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. | ¿Ha tenido usted alguna vez reacción desfavorable con anestesia local?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. | ¿Ha tenido usted problemas graves asociados con algún tratamiento dental previo?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Si es así, explique _____ | | |
| 4. | ¿Cuánto tiempo hace que le sacaron una radiografía de toda la boca? _____ | | |
| 5. | ¿Cuánto tiempo hace desde su último tratamiento dental? _____ | | |
| 6. | ¿Su problema dental es resultado de un accidente? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO ¿Cuándo? _____ | | |
| 7. | ¿Le pone nervioso(a) los tratamientos dentales? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Un Poco <input type="checkbox"/> Moderadamente <input type="checkbox"/> Extremadamente | | |

Según mi entender, todas las respuestas que he dado son verdaderas y correctas. Si alguna vez experimentara algún cambio en mi salud o en mis medicinas, yo, sin faltar, notificaré al doctor en mi próxima cita.

Firma del Paciente: _____	Date: _____	Firma-Dentista: _____	Date: _____
Año 2 Cambio de Salud: _____	<input type="checkbox"/> Ninguno		
Firma del Paciente: _____	Date: _____	Firma-Dentista: _____	Date: _____
Año 3 Cambio de Salud: _____	<input type="checkbox"/> Ninguno		
Firma del Paciente: _____	Date: _____	Firma-Dentista: _____	Date: _____

ANOTACIONES DEL DENTISTA
