

HISTORIA MÉDICA DEL PACIENTE

Médico del Paciente: _____ # Telefónico: _____

Fecha del último examen físico: _____ ¿Está actualmente bajo el cuidado de un médico? Sí No

Si la respuesta es sí, explique: _____

Para las Mujeres: ¿Está tomando pastillas anticonceptivas? Sí No / ¿Está embarazada? Sí No- Fecha de Vencimiento: _____

¿Está amamantando usted? Sí No

Por favor escriba una lista de medicamentos de prescripción actual:

S N ¿Ha tomado (actualmente o anteriormente) medicamentos de prevención de pérdida de hueso como Fosamax, Actonel o Boniva?

Es usted alérgico a cualquiera de los siguientes:

S N Aspirina S N Amoxicilina S N Augmentin S N Biaxin S N Codeína S N Anestésicos Dentales

S N Eritromicina S N Ibuprofeno S N Keflex S N Látex S N Metales S N Omnicef

S N Penicilina S N Sulfa S N Tetraciclina S N Zithromax

Otros no Mencionado: _____

Actualmente tiene o ha tenido los siguientes:

S N ADD/ADHD

S N Alcohol/ Dependencia de Drogas

S N Anemia

S N Anorexia/Bulimia

S N Articulaciones Artificial(es) (Cadera/Rodilla)

S N Asma

S N Autismo/Aspergers

S N Sangrado Anormal con Extracción

S N Enfermedad de la Sangre

S N Marcapasos Cardíaco

S N Cáncer / Quimioterapia /Radioterapia

S N Defecto Congénito del Corazón

S N Tos (Crónica)

S N Herpes Labiales

S N Diabetes

S N Enfisema

S N Alergias Ambientales

S N Epilepsia o Convulsiones

S N Desmayo

S N Dolor de Cabeza (Frecuente)

S N Preocupaciones de Audición

S N Historia de Ataque Cardíaco

S N Enfermedad del Corazón, Angina

S N Soplo Cardíaco

S N Cirugía del Corazón

S N Defecto de la Válvula del Corazón

S N Transfusión de Sangre, Hemofilia

S N Hepatitis (A, B, C) / Hígado Enfermedad

S N La Hipertensión Arterial

S N VIH + / SIDA

S N Enfermedad del Riñón

S N Presión Arterial Baja

S N Lupus

S N Prolapso de Válvula Mitral

S N Nerviosismo, Ansiedad

S N Pre medicación (Antibiótico Pre-dentales)

S N Atención Psiquiátrica

S N Enfermedad Respiratoria

S N Reumática/Escarlatina

S N Varicela/Herpes Zoster

S N Enfermedad de Transmisión Sexual

S N Dificultad para Respirar

S N Enfermedad de Células Falciformes

S N Sinusitis

S N Fuma o Usa Tabaco

S N Infarto

S N Enfermedad de Tiroides

S N Tuberculosis

HISTORIA DENTAL DEL PACIENTE**¿Actualmente tiene o ha tenido los siguientes?**

S N Sensibilidad de los dientes al caliente, frío y/o dulces

S N Frecuentes ampollas de fiebre, úlceras en la boca

S N Quema de lengua y/o agrietamiento de las esquinas de la boca

S N Extracción de dientes permanentes (muelas del juicio)

S N Cualquier lesiones de cabeza, cuello o mandíbula

S N Cualquier estallido, clic o dolor de las quijadas

S N Los dientes rechinan o la molienda de los dientes

S N ¿Usas protectores de dientes para la noche?

S N ¿Usas dentaduras y/o parciales?

S N Preocupaciones con los dientes/rellenos rompiendo

S N Preocupaciones con los dientes, las encías o la boca

S N ¿Se cepilla los dientes 2 veces al día?

S N ¿Usas el hilo dental todos los días?

S N ¿Se atasca comida entre tus dientes?

S N ¿Tienes enfermedad periodontal?

S N ¿As tenido escalamiento y planificación de la raíz?

S N Sangrando de las encías cuando cepillas y/o usas hilo dental

S N Olor y/o sabor desagradable en la boca

S N ¿Masticas en un lado de la boca?

S N ¿Muerdes tus labios y/o mejillas?

S N Eres alguien que respire por su boca?

S N Apnea del Sueño

S N ¿Estas feliz con tu sonrisa?

S N ¿Estas interesado en frenos dentales (ortodoncia)?

Reciente revisión/Limpieza Dental:

Fecha: _____ De parte de quién?: _____

Fecha de última: Radiografía Panorámica _____

Radiografías de Aleta de Mordida _____

DR. HA REVISADO LA HISTORIA MEDICA & DENTAL DEL PACIENTE:**INICIALES DEL DR _____ FECHA: _____**



BIENVENIDOS- DENTAL DE ADULTOS

Para ayudarnos a proveer el cuidado más completo, por favor provee la siguiente información.

INFORMACIÓN PERSONAL

Nombre: _____
 Primer Segundo Apellido

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ C. Postal: _____

Correo Electrónico: _____ # Telefónico de Casa: (_____) _____ # Celular: (_____) _____

Fecha de Nacimiento: ___ / ___ / ___ Edad: _____ Sexo: _____ # de Seguro Social: _____

Contacto de Emergencia: _____ # de Teléfono: (_____) _____

¿Cómo se enteró acerca de nuestra oficina? _____

INFORMACIÓN SOBRE EL SEGURO

Titular de la Póliza: _____

Fecha de Nacimiento: _____ # de la Seguridad Social: _____

ID del Miembro: _____ # del Grupo: _____

Nombre del Empleador y Dirección: _____

Relación con el Paciente: _____

Nombre de la Compañía de Seguros: _____ # de Teléfono de Compañía Aseguradora: (_____) _____

Dirección para enviar Reclamaciones Dentales: _____

AUTORIZACIÓN

La información que he suministrado es correcta a lo mejor de mi conocimiento. Entiendo que se llevará a cabo en la más estricta confianza y es mi responsabilidad informar a esta oficina de cambios en estado médico.

Consentimiento del Adulto:

Yo soy el paciente, _____, y no hay órdenes judiciales ahora en efecto que me prohíben de firmar este consentimiento. Por la presente solicito y autorizo al personal dental para realizar los servicios dentales necesarios.

Asignación de Seguro y Lanzamiento:

Certifico que estoy cubierto por el seguro con _____. Asigno directamente a A Smile 4U todos los beneficios del seguro. Entiendo que soy responsable financieramente por todos los cargos que no fueran pagados por el seguro. Autorizo el uso de mi firma en todas las entregas del seguro.

A Smile 4U: Puede usar mi información de salud y podrá revelar dicha información a la compañía de seguro mencionada y sus agentes con el propósito de obtener el pago de los servicios y la determinación de beneficios del seguro o los beneficios pagables por servicios relacionados.

 Firma del Paciente, Guardián o Representante Personal

 Fecha

 Por favor escriba el Nombre del Paciente, Guardián o Representante Personal

 Fecha

POR FAVOR, COMPLETÉ AMBOS LADOS