

Historial Medico

Nombre Del Paciente: _____

Fecha De Nacimiento: _____

Aunque el personal dental trate principalmente el área dentro y alrededor de la boca, es una parte de su cuerpo. Los problemas de la salud que usted tenga, o la medicina que usted tome, podrían tener una interrelación importante con la odontología que usted resida. Gracias por contestar las preguntas siguientes.

Esta usted abajo un cuidado de medico ahora? No Si _____
Ha sido usted hospitalizado o ha tenido alguna operación mayor? No Si _____
Ha tenido usted un accidente grave de cabeza o cuello? No Si _____
Toma usted cualquier medicina, píldora, o drogas? No Si _____
Toma usted o ha tomado, Phen o Redux? No Si _____
Esta usted en una dieta especial? No Si _____
Usa usted tabaco? No Si Usa usted sustancias controladas? No Si

Mujeres: Embarazada/Tratando de quedar embarazada? Toma anticonceptivos orales? Esta usted lactando?

Es usted alérgico a cualquiera de la siguientes?

Aspirina Penicilina Codeína Acrílico Metal Látex Anestésicos Locales
 Otras alergias: _____

Tiene usted, o usted ha tenido, cualquiera de las siguientes?

<input type="checkbox"/> Adición a las drogas	<input type="checkbox"/> Enfermedad de la sangre	<input type="checkbox"/> Medicina de Cortisona
<input type="checkbox"/> Amígdalas	<input type="checkbox"/> Enfermedad de paratiroides	<input type="checkbox"/> Osteoporosis
<input type="checkbox"/> Anafilaxis	<input type="checkbox"/> Enfermedad del hígado	<input type="checkbox"/> Perdida reciente de peso
<input type="checkbox"/> Anemia	<input type="checkbox"/> Enfermedad del pulmón	<input type="checkbox"/> Presión Alta
<input type="checkbox"/> Anemia de células falciformes	<input type="checkbox"/> Enfermedad Estomacal/Intestinal	<input type="checkbox"/> Presión Baja
<input type="checkbox"/> Angina	<input type="checkbox"/> Enfermedad venérea	<input type="checkbox"/> Problema Respiratorio
<input type="checkbox"/> Arritmia	<input type="checkbox"/> Epilepsia o Convulsiones	<input type="checkbox"/> Problema sinusitis
<input type="checkbox"/> Articulación Artificial	<input type="checkbox"/> Espina bifida	<input type="checkbox"/> Problemas de corazón/Enfermo
<input type="checkbox"/> Artritis/Gota	<input type="checkbox"/> Falta de respiración frecuenté	<input type="checkbox"/> Problemas del riñón
<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Fiebre del Heno	<input type="checkbox"/> Quimioterapia
<input type="checkbox"/> Ataque del corazón	<input type="checkbox"/> Fiebre escarlata	<input type="checkbox"/> Reumatismo
<input type="checkbox"/> Cáncer	<input type="checkbox"/> Glaucoma	<input type="checkbox"/> Sangramiento excesivo
<input type="checkbox"/> Colesterol Alto	<input type="checkbox"/> Hematomas frecuenté	<input type="checkbox"/> Sed excesiva
<input type="checkbox"/> Cuidado Psiquiátrico	<input type="checkbox"/> Hemofilia	<input type="checkbox"/> Sida/HIV
<input type="checkbox"/> Derrame cerebral	<input type="checkbox"/> Hepatitis A	<input type="checkbox"/> Soplo Cardiaco
<input type="checkbox"/> Desmayos/Mareo	<input type="checkbox"/> Hepatitis B o C	<input type="checkbox"/> Tiroides
<input type="checkbox"/> Desorden congénito del Corazón	<input type="checkbox"/> Herpes	<input type="checkbox"/> Tos frecuente
<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Herpes Genital	<input type="checkbox"/> Transfusión de sangre
<input type="checkbox"/> Diálisis renal	<input type="checkbox"/> Herpes Zoster	<input type="checkbox"/> Tratamiento de radiación
<input type="checkbox"/> Diarrea frecuente	<input type="checkbox"/> Hinchazón de los miembros	<input type="checkbox"/> Tuberculosis
<input type="checkbox"/> Dolor de mandíbula	<input type="checkbox"/> Hipoglicemia	<input type="checkbox"/> Tumores o Crecimientos
<input type="checkbox"/> Dolor de pecho	<input type="checkbox"/> Ictericia	<input type="checkbox"/> Ulcera
<input type="checkbox"/> Dolores de cabeza frecuente	<input type="checkbox"/> Leucemia	<input type="checkbox"/> Urticaria/Sarpullido
<input type="checkbox"/> Enfisema	<input type="checkbox"/> Llagas/Ampollas	<input type="checkbox"/> Válvula Artificial de Corazón
<input type="checkbox"/> Enfermedad Alzheimer	<input type="checkbox"/> Marcapaso	<input type="checkbox"/> Válvula mitral

Ha tenido usted alguna enfermedad grave no listada arriba? No Si _____

Comentarios: _____

Doy conocimiento, que las preguntas en este formulario las he contestado correctamente. Entiendo que dar información incorrecta puede ser peligroso a mi salud. Es mi responsabilidad de informar a la oficina dental de cualquier cambio en el estatus medico.

Firma del Paciente: _____

Fecha: _____



**Family Dentistry & Orthodontics
Miami Center for Cosmetic and Implant Dentistry**

Expediente Del Paciente

Apellido: _____ Primer Nombre: _____ Inicial: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Social Security #: _____ Seguro Dental: _____

Celular #: _____ Casa#: _____ E-mail: _____

Dirección: _____ Ciudad, Estado, Zip: _____

Licencia #: _____ Estado: _____

Sexo: _____ Altura: _____ Peso: _____

Nombre de su medico: _____ Numero de Tel. #: _____

Ocupación: _____ Empleador: _____ Numero de Tel. #: _____

Estado Matrimonial: _____ Nombre de su esposo/a: _____

▶ Como supo de nuestra oficina? _____

▶ Razón de su visita? _____

▶ Cuando fue su ultimo examen dental? _____

▶ Ha tenido algún problema serio relacionado a un tratamiento dental? Explique:

▶ Con que frecuencia se cepilla los dientes: _____ Hilo Dental? : _____

▶ Que textura de cepillo usa? : Suave Mediano Duro Nylon

▶ Sangran sus encías al: Cepillar Hilo Dental

▶ Siente sensación de dolor cuando sus dientes entran en contacto con líquidos o comidas que están calientes, frías, agrias o dulces?
 No Si: Explique _____

▶ Usted tiene: Dientes Postizos Empastes Faltan Dientes Dientes flojos Si si, explique _____

▶ Sus encías se sienten sensibles o inflamadas? No Si _____

▶ Tiene tendencia de atorarse fácilmente? No Si ▶ Tiene hacer gestos o rechinar sus dientes? No Si

Estoy interesado/a en: Por favor, marque lo que aplique

- Dientes más blancos
- Reemplazar dientes que faltan
- Arreglar dientes fracturados
- Extraer cordales
- Eliminar dolor/incomodidad
- Una mejor sonrisa
- Enderezar mis dientes

- Tener encías más saludables
- Una mejor mordida
- Una boca saludable
- Orto: _____

Permiso para tratamiento

Certifico que yo, el abajo firmante, doy mi consentimiento para que se me atienda con cualquier procedimiento dental o de cirugía que sea necesario o que se me aconseje como necesario, incluyendo el uso de anestesia. Family Dentistry and Orthodontics puede revisar mi historia de crédito, para ayudar a darme el mejor financiamiento posible. Yo asumiré responsabilidad por cualquier cargo que sea relacionado con este tratamiento dental que yo he acordado.

⇒ _____
Firma de paciente

Fecha

Consentimiento para recibir cartas o mensajes telefónicos

Apellido

Primer Nombre

Inicial

Estoy de acuerdo en que la práctica puede comunicarse conmigo por vía electrónica a la siguiente dirección:

E-Mail: _____

Por favor, proporcione el mejor número(s) de teléfono para comunicarse con usted:

 Celular / Casa

 Trabajo / Casa

 Otro _____

Nos gustaría saber si tenemos su permiso para:

Enviar por correo un recordatorio para su cita?

Si No

Dejar correos de voz o mandar correos electrónicos
en referencia a su cuenta o citas?

Si No

Autorizo a que compartan información sobre mi cita, cuenta o información dental con la siguiente persona:

Nombre

Relación

Firma del paciente

Fecha

Reconocimiento de Recibo de Notificación Privada en las Prácticas

Por favor, ver el formulario adjunto titulado *HIPAA* antes de firmar

Yo, _____ he recibido una copia de la Notificación Privada en las practicas
Nombre Completo

Firma del paciente

Fecha