

**DENTISTRY & ORTHODONTICS**  
Creating Beautiful Smiles

**INFORMACION DE PACIENTE**

CONFIDENTIAL

Dr.                      Sr.                      Sra.                      Srta.

Apellido del Paciente: \_\_\_\_\_ Primer nombre: \_\_\_\_\_ inicial: \_\_\_\_\_

Direccion de Paciente: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Numero Seguro Social: \_\_\_\_\_ Numero de Licencia: \_\_\_\_\_

Masculino / Femenina Estado Civil : \_\_\_\_\_ Hm Ph # \_\_\_\_\_ Cell Ph #: \_\_\_\_\_

Empleador de Paciente: \_\_\_\_\_

Correo Electronico: \_\_\_\_\_

Nombre de Conyuge: \_\_\_\_\_ Si es menor, Nombre de Mama: \_\_\_\_\_ Papa: \_\_\_\_\_

Pariete mas cercano: \_\_\_\_\_ Numero de telefono: \_\_\_\_\_

**INFORMACION DE CUENTA**

Como intent pagar sus servicios Dentales? \_\_\_\_\_

Aseguranza Dental –Nombre de Compania: \_\_\_\_\_ # de Poliza \_\_\_\_\_ # de Grupo: \_\_\_\_\_

Apellido en la Poliza: \_\_\_\_\_ Primer Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Seguro Social \_\_\_\_\_ # de Licencia: \_\_\_\_\_

A quien tenemos que agradecer por su referencia? \_\_\_\_\_

Cuando fue su ultima visita Dental? \_\_\_\_\_

Como se siente de la apariencia de su Sonrisa?: \_\_\_\_\_ Color de Sonrisa: \_\_\_\_\_ Alineacion Dental: \_\_\_\_\_

Porfavor comparta con nosotros sus preocupaciones Dentales: dolor, costo, tiempo, otro: \_\_\_\_\_

# DENTISTRY & ORTHODONTICS

Creating Beautiful Smiles

## Formulario para la Historia de Salud

E-mail: _____	Fecha de hoy: _____
---------------	---------------------

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ Telefono de Casa: _____			
Tiene alguna de estas enfermedades o problemas:			
Tuberculosis activa.....	Si	No	NS
Tos persistente de mas de 3 semanas de duracion.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tos que produce sangre.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ha estado en contacto con alguien que tiene tuberculosis.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Si su respuesta es Si a cualquiera de estos 4 problemas, por favor detengase y devuelva este formulario a la recepcionista.</b>			

### Informacion Dental En las preguntas siguientes haga el favor de marcar su respuesta con una (x) donde corresponda.

	Si	No	NS		Si	No	NS
Le sangran las encias cuando se cepilla o cuando usa seda dental? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				Sufre de dolor de oidos o del cuello?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le duelen los dientes con el frio, calor, con los dulces o al presionar? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				Tiene algun ruido, salto o molestia en la mandibula?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le quedan alimentos o seda dental atrapados entre los dientes? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				Tiene bruxismo o hace rechinar los dientes?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sufre de boca seca?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tiene lesions o ulceras en su boca?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ha tenido algun tratamiento periodontal (de la encia)?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Usa dentaduras (places) completas o parciales?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ha tenido tratamientos de ortodoncia (con aparatos)?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Participa en actividades energeticas de recreacion?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ha tenido algun problema asociado con un tratamiento dental anterior?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ha sufrido alguna lesion grave en la cabeza o en la boca?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Esta fluorada el agua que llega a su casa?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fecha de su ultimo examen dental: _____			
Bebe usted agua embotellada o filtrada?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Que le hicieron en esa ocasion? _____			
Si es asi, con que frecuencia? : A DIARIO / SEMANALMENTE / OCASIONALMENTE				Fecha de su ultima radiografia dental: _____			
Tiene dolor o molestias dentales en este momento?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Cual es el motive de su visita al dentist hoy? _____							
Como se siente con su sonrisa?							

### Informacion Medica Haga el favor de marcar su respuesta con una (x) para indicar si tiene o ha tenido alguna de las siguientes enfermedades o problemas.

	Si	No	NS		Si	No	NS
Se encuentra ahora bajo el cuidado de un medico?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ha tenido alguna enfermedad grave, operacion o ha sido hospitalizado/a en los ultimos 5 anos?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medico: _____ Telefono: _____				Si es asi, cual fue la enfermedad o el problema? _____			
Direccion/Ciudad/Estado/Codigo del Doctor: _____							
Se encuentra usted sano/a?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Esta tomando o ha tomado recientemente algun medicamento recetado o sin receta?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ha habido algun cambio en su salud general durante el ultimo ano?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si es asi, por favor indique cuales son, incluyendo vitaminas, preparados Naturals o a base de hierbas y/o suplementos dieteticos: _____			
Si es asi, que condicion le estan tratando? _____							
Fecha de su ultimo examen medico: _____							
Usa lentes de contacto?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Usa sustancias reguladas (drogas)? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

# DENTISTRY & ORTHODONTICS

Creating Beautiful Smiles

## Informacion Medica

*Haga el favor de marcar su respuesta con una (x) para indicar si tiene o ha tenido alguna de las siguientes enfermedades o problemas.*

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

<p><b>Articulaciones Artificiales.</b> Ha tenido algun reemplazo ortopedico</p> <p>Total de una articulacion (cadera, rodilla, codo, dedo)?..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Fecha: _____ Si es asi, ha tenido alguna complicacion? _____</p> <p>Esta tomando o tiene que empezar a tomar uno de estos medications, alendronate (Fosomax) or risedronate (Actonel) for osteoporosis or Paget's disease?..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Desde 2001, ha sido o esta siendo tratado/a, o tiene que empezar un tratamiento con estos bisfosfonatos intravenosos (Aredia o Zometa) por dolor en los huesos, hipercalcemia o por alteraciones esqueléticas resultantes de la enfermedad de Paget, del mieloma multiple o de un cancer metastasico?..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Fecha del comienzo del Tratamiento: _____</p> <p><b>Alergias</b> – Es usted alergico-o ha tenido alguna reaccion - a:</p> <p>En todas las respuestas <b>afirmativas</b>, especifique el tipo de reaccion.</p> <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;">Anestésicos locales _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> <td style="width: 50%;">Metales _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Aspirina _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> <td>Latex (goma) _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Penicilina u otros antibioticos _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> <td>Yodo _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Barbituratos, sedativos o pastillas para dormir _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> <td>Polen (fiebre del heno)/ estacional _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Sulfas _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> <td>Animales _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Codena u otros narcoticos _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> <td>Alimentos _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td></td> <td>Otros _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> </tr> </table> <p><b>Por favor marque con una (x) su respuesta para indicar si usted ha tenido o no ha tenido algunas de estas enfermedades o problemas:</b></p> <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 33%;"><b>Si</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b> <input type="checkbox"/> <b>NS</b> <input type="checkbox"/></td> <td style="width: 33%;"><b>Si</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b> <input type="checkbox"/> <b>NS</b> <input type="checkbox"/></td> <td style="width: 33%;"><b>Si</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b> <input type="checkbox"/> <b>NS</b> <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Valvula cardiac artificial (protesis)..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> <td>Enfermedad autoinmune <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> <td>Hepatitis, ictericia o enfermedad hepatica..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Previa endocarditis infecciosa..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> <td>Artritis reumatoidea <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> <td>Epilepsia..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Valvulas danadas en Corazon transplantado.. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> <td>Lupus eritematoso sistémico <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> <td>Desmayos o ataques epilepticos <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Enfermedad cardiac congenital (ECC)..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> <td>Asma..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> <td>Alteraciones neurologicas..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>ECC cianotica, sin reparar..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> <td>Bronquitis..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> <td>Si es asi, especifique: _____</td> </tr> <tr> <td>Reparada en los ultimos 6 meses (completamente) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> <td>Enfisema..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> <td>Alteraciones del sueno..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>ECC reparada con defectos residuales..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> <td>Sinusitis..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> </table> <p><i>Aparte de las condiciones en la lista de arriba, ya no se recomienda realizar una profilaxis antibiotica para Ninguna otra forma de ECC.</i></p> <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 33%;"><b>Si</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b> <input type="checkbox"/> <b>NS</b> <input type="checkbox"/></td> <td style="width: 33%;"><b>Si</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b> <input type="checkbox"/> <b>NS</b> <input type="checkbox"/></td> <td style="width: 33%;"><b>Si</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b> <input type="checkbox"/> <b>NS</b> <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Enfermedad cardiovascular..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> <td>Tuberculosis..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> <td>Alteraciones mentales..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Angina..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> <td>Cancer/Quimoterapia <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> <td>Especifique: _____</td> </tr> <tr> <td>Arterioesclerosis..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> <td>Radioterapia..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> <td>Infecciones recurrent..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Insuficiencia cardiaca congestiva..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> <td>Dolores de pecho por esfuerzo <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> <td>Tipo de infection: _____</td> </tr> <tr> <td>Dano en las valvulas cardiacas..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> <td>Dolor cronico..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> <td>Alteraciones renales..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Infarto del miocardio..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> <td>Diabetes Tipo I or II... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> <td>Sudor nocturne..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Soplo en el corazon..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> <td>Trastornos de alimentacion.. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> <td>Osteoporosis..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Presion arterial baja..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> <td>Malnutricion..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> <td>Inflamacion persistente de los ganglios del cuello..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Presion arterial alta..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> <td>Enfermedad gastrointestinal.. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> <td>Cefaleas graves/ jaquecas..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Otros defectos congenitos..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> <td>Reflujo G.E./ardor persistente..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> <td>Perdida de peso severa o rapida..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Prolapso de la valvula mitral..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> <td>Ulceras..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> <td>Enfermedades venereas..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Marcapasos..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> <td>Alteraciones de la tiroides <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> <td>Orina en forman excesiva..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Fiebre reumatica..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> <td>Derrame cerebral..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> <td>SIDA o infeccion por VIH..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Enfermedad cardiac reumatica..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> <td>Glaucoma..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> <td>Anemia..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td></td> <td>Sangramiento anormal <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> <td>Arthritis..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td></td> <td>Transfusión sanguine <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>Si es asi, fecha: _____</td> <td></td> </tr> </table> <p>Le ha recomendado algun medico o su dentista anterior que tome antibioticos antes de su tratamiento dental? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Nombre del medico o del dentista que se lo recomendo: _____ Telefono: _____</p> <p>Tiene alguna enfermedad, condicion o problema que no figure mas arriba y que cree que yo deberia saber? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Explique por favor: _____</p>	Anestésicos locales _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Metales _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Aspirina _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Latex (goma) _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Penicilina u otros antibioticos _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Yodo _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Barbituratos, sedativos o pastillas para dormir _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Polen (fiebre del heno)/ estacional _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Sulfas _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Animales _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Codena u otros narcoticos _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Alimentos _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		Otros _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<b>Si</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b> <input type="checkbox"/> <b>NS</b> <input type="checkbox"/>	<b>Si</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b> <input type="checkbox"/> <b>NS</b> <input type="checkbox"/>	<b>Si</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b> <input type="checkbox"/> <b>NS</b> <input type="checkbox"/>	Valvula cardiac artificial (protesis)..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Enfermedad autoinmune <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Hepatitis, ictericia o enfermedad hepatica..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Previa endocarditis infecciosa..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Artritis reumatoidea <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Epilepsia..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Valvulas danadas en Corazon transplantado.. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Lupus eritematoso sistémico <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Desmayos o ataques epilepticos <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Enfermedad cardiac congenital (ECC)..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Asma..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Alteraciones neurologicas..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	ECC cianotica, sin reparar..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Bronquitis..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Si es asi, especifique: _____	Reparada en los ultimos 6 meses (completamente) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Enfisema..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Alteraciones del sueno..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	ECC reparada con defectos residuales..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Sinusitis..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<b>Si</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b> <input type="checkbox"/> <b>NS</b> <input type="checkbox"/>	<b>Si</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b> <input type="checkbox"/> <b>NS</b> <input type="checkbox"/>	<b>Si</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b> <input type="checkbox"/> <b>NS</b> <input type="checkbox"/>	Enfermedad cardiovascular..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Tuberculosis..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Alteraciones mentales..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Angina..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Cancer/Quimoterapia <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Especifique: _____	Arterioesclerosis..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Radioterapia..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Infecciones recurrent..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Insuficiencia cardiaca congestiva..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Dolores de pecho por esfuerzo <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Tipo de infection: _____	Dano en las valvulas cardiacas..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Dolor cronico..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Alteraciones renales..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Infarto del miocardio..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Diabetes Tipo I or II... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Sudor nocturne..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Soplo en el corazon..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Trastornos de alimentacion.. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Osteoporosis..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Presion arterial baja..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Malnutricion..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Inflamacion persistente de los ganglios del cuello..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Presion arterial alta..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Enfermedad gastrointestinal.. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Cefaleas graves/ jaquecas..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Otros defectos congenitos..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Reflujo G.E./ardor persistente..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Perdida de peso severa o rapida..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Prolapso de la valvula mitral..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Ulceras..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Enfermedades venereas..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Marcapasos..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Alteraciones de la tiroides <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Orina en forman excesiva..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Fiebre reumatica..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Derrame cerebral..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	SIDA o infeccion por VIH..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Enfermedad cardiac reumatica..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Glaucoma..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Anemia..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		Sangramiento anormal <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Arthritis..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		Transfusión sanguine <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			Si es asi, fecha: _____		<p>Usa tabaco (fumado, aspirado/rape, masticado, en bidis)?..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Si es asi, le interesaria dejar de hacerlo? <b>MUCHO/ALGO/NO ME INTERESA</b></p> <p>Bebe bebidas alcoholicas?..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Si es asi, cuanto alcohol bebio en las ultimas 24 horas? _____</p> <p>Si es asi, cuanto bebe por lo general en una semana? _____</p> <p><b>SOLO PARA MUJERES:</b> Esta usted Embarazada?..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Numero de semanas: _____</p> <p>Tomando pildoras anticonceptivas o de sustitucion hormonal?..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Amamantando?..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
Anestésicos locales _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Metales _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																																																																																												
Aspirina _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Latex (goma) _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																																																																																												
Penicilina u otros antibioticos _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Yodo _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																																																																																												
Barbituratos, sedativos o pastillas para dormir _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Polen (fiebre del heno)/ estacional _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																																																																																												
Sulfas _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Animales _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																																																																																												
Codena u otros narcoticos _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Alimentos _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																																																																																												
	Otros _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																																																																																												
<b>Si</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b> <input type="checkbox"/> <b>NS</b> <input type="checkbox"/>	<b>Si</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b> <input type="checkbox"/> <b>NS</b> <input type="checkbox"/>	<b>Si</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b> <input type="checkbox"/> <b>NS</b> <input type="checkbox"/>																																																																																											
Valvula cardiac artificial (protesis)..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Enfermedad autoinmune <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Hepatitis, ictericia o enfermedad hepatica..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																																																																																											
Previa endocarditis infecciosa..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Artritis reumatoidea <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Epilepsia..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																																																																																											
Valvulas danadas en Corazon transplantado.. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Lupus eritematoso sistémico <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Desmayos o ataques epilepticos <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																																																																																											
Enfermedad cardiac congenital (ECC)..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Asma..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Alteraciones neurologicas..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																																																																																											
ECC cianotica, sin reparar..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Bronquitis..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Si es asi, especifique: _____																																																																																											
Reparada en los ultimos 6 meses (completamente) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Enfisema..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Alteraciones del sueno..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																																																																																											
ECC reparada con defectos residuales..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Sinusitis..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																																																																																												
<b>Si</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b> <input type="checkbox"/> <b>NS</b> <input type="checkbox"/>	<b>Si</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b> <input type="checkbox"/> <b>NS</b> <input type="checkbox"/>	<b>Si</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b> <input type="checkbox"/> <b>NS</b> <input type="checkbox"/>																																																																																											
Enfermedad cardiovascular..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Tuberculosis..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Alteraciones mentales..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																																																																																											
Angina..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Cancer/Quimoterapia <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Especifique: _____																																																																																											
Arterioesclerosis..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Radioterapia..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Infecciones recurrent..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																																																																																											
Insuficiencia cardiaca congestiva..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Dolores de pecho por esfuerzo <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Tipo de infection: _____																																																																																											
Dano en las valvulas cardiacas..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Dolor cronico..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Alteraciones renales..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																																																																																											
Infarto del miocardio..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Diabetes Tipo I or II... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Sudor nocturne..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																																																																																											
Soplo en el corazon..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Trastornos de alimentacion.. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Osteoporosis..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																																																																																											
Presion arterial baja..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Malnutricion..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Inflamacion persistente de los ganglios del cuello..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																																																																																											
Presion arterial alta..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Enfermedad gastrointestinal.. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Cefaleas graves/ jaquecas..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																																																																																											
Otros defectos congenitos..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Reflujo G.E./ardor persistente..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Perdida de peso severa o rapida..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																																																																																											
Prolapso de la valvula mitral..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Ulceras..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Enfermedades venereas..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																																																																																											
Marcapasos..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Alteraciones de la tiroides <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Orina en forman excesiva..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																																																																																											
Fiebre reumatica..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Derrame cerebral..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	SIDA o infeccion por VIH..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																																																																																											
Enfermedad cardiac reumatica..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Glaucoma..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Anemia..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																																																																																											
	Sangramiento anormal <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Arthritis..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																																																																																											
	Transfusión sanguine <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																																																																																												
	Si es asi, fecha: _____																																																																																												

**NOTA: Se encarece tanto al Doctor como al paciente que discutan detalladamente todos los aspectos relevantes de la salud del paciente antes del tratamiento.**

Certifico que he leído y comprendido lo que aparece mas arriba y que la informacion entregada en este formulario es exacta. Comprendo la importancia de que la historia de salud sea fidedigna y de que mi dentista y su personal puedan confiar en ella para realizar mi tratamiento. Reconozco que todas mis dudas sobre las preguntas de este formulario han sido repondidas satisfactoriamente. Yo no responsabilizare a mi dentista ni a ningun miembro de su personal por las acciones que puedan tomar debido a los errors o a las omisiones que yo haya podido cometer al completar este formulario.

Firma del Paciente/ Apoderado \_\_\_\_\_

Escribir en letra de Molde \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

## Póliza Financiera

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Lo valoramos como paciente y estamos comprometidos a proveerle con el mejor cuidado dental posible. Nosotros queremos que usted tenga una comprensión completa de sus responsabilidades financieras para los servicios que se prestarán. Para ayudarnos en el propósito de estos objetivos, solicitamos que revise nuestra póliza financiera. Si usted tiene alguna pregunta sobre nuestra póliza y / o sus responsabilidades simplemente, pregunte a uno de nuestros miembros del equipo . Estamos aquí para ayudarle.

**Opciones de Pago:** Aceptamos efectivo, cheques, Visa, Mastercard, American Express y Discover. También aceptamos las opciones de pago a través de Care Credit

**Aseguranza:** Como una cortesía a nuestros pacientes y conforme a su petición, estaremos encantados de presentar su reclamación a la compañía de seguros a base a la información que ha proporcionado a nuestra oficina... Tenga en cuenta que la verificación de las aseguranzas y el proceso del reclamo **NO GARANTIZA EL PAGO**. La determinación de si se paga la petición hecha por la compañía de seguros es cuando reciben la reclamación. **En el momento de su cita, tendrá que pagar el deducible, así como cualquier porción de las cuotas de tratamiento que estimamos que no será cubierto por su póliza de seguro.** Debido a los cambios de pólizas de seguros y / o cambios necesarios en los planes de tratamiento, su cobertura dental puede variar del cálculo del tratamiento estimado o pre-estimado de su aseguranza.

Todos los cargos de tratamiento son responsabilidad del paciente o la persona responsable, independientemente de la cobertura del seguro. Nuestra oficina presentará su reclamación a su compañía de seguros dos veces si es necesario. Envío de reclamaciones adicionales son responsabilidad del paciente. Si su compañía de seguros no ha pagado el saldo total de la reclamación dentro de los 60 días a partir de la fecha de tratamiento, usted será responsable del balance

**Las citas perdidas:** Una vez que se ha hecho una cita, por favor recuerde que esta vez se ha reservado específicamente para usted. No habrá cargo alguno para reprogramar una cita siempre y cuando avise antes de 24 horas. Nos reservamos el derecho de aplicar una tarifa de \$ 75.00 por cualquier cita perdida. La tarifa de la cita perdida no es un gasto cubierto de su aseguranza.

**Cheques devueltos:** Se aplicará un cargo de \$ 35.00 por cualquier cheque devuelto por falta de fondos.

**Cuentas:** Un cargo de \$ 35.00 puede ser aplicado a las cuentas con saldos pendientes por 60 días a partir de la fecha de tratamiento. En caso de no recibir el pago correspondiente de parte del paciente o aseguranza, el paciente o persona responsable se compromete a pagar todos los costos., incluyendo los honorarios de abogados, costos judiciales, gastos de recaudación, etc.

**He leído, entiendo, y estoy de acuerdo con todos los términos y condiciones de esta Póliza Financiera del Paciente. Al firmar a continuación autorizo a la compañía de seguros a pagar a Dentistry & Orthodontics todos los servicios prestados. Autorizo a Dentistry & Orthodontics dar toda la información necesaria para garantizar el pago de beneficios. Entiendo que soy responsable de todos los cargos.**

### **Firmas:**

Paciente / Padre / Tutor \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Letra de Molde Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

**Consentimiento para el uso y divulgación de información de salud**

**Sección A: Paciente dando consentimiento:**

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_  
Número de teléfono: \_\_\_\_\_

**Sección B: Para el paciente- Por favor, lea cuidadosamente las siguientes declaraciones:**

**Propósito de Consentimiento:** Al firmar este formulario, está dando su consentimiento a nuestro uso y divulgación de su información de salud protegida para llevar a cabo el tratamiento, actividades de pago y operaciones de salud.

**Aviso de prácticas de privacidad:** Usted tiene el derecho de leer nuestro Aviso de prácticas de privacidad antes de decidir si firmar este consentimiento. Nuestro Aviso proporciona una descripción de nuestro tratamiento, actividades de pago y operaciones de atención médica, de los usos y divulgaciones que puedan hacer de su información de salud protegida, y de otros asuntos importantes acerca de su información médica protegida. Una copia de la notificación puede ser dada A PETICIÓN. Le recomendamos que lo lea atentamente antes de firmar este consentimiento.

Nos reservamos el derecho de cambiar nuestras prácticas de privacidad como se describe en nuestro Aviso de prácticas de privacidad. Si cambiamos nuestras prácticas de privacidad, se emitirá un aviso revisado que contendrá los cambios. Esos cambios pueden aplicarse a cualquiera de su información de salud protegida que mantenemos.

Usted puede obtener una copia de nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad, incluyendo cualquier revisión de nuestro aviso en cualquier momento.

**Derecho de revocar:** Usted tendrá el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento la presentación de una notificación escrita de su revocación a la persona de contacto que aparece arriba. Por favor, entienda la revocación, y que podemos denegar el tratamiento o para continuar el tratamiento si usted revoca este consentimiento.

**FIRMAS:**

Yo, \_\_\_\_\_ he tenido la oportunidad de leer y considerar el contenido de este formulario de consentimiento y aviso de privacidad. Entiendo que al firmar este formulario de consentimiento, el tratamiento, actividades de pago y operaciones de atención médica pueden ser utilizados o revelados.

Firma de Padre/Tutor si el paciente es menor de edad: \_\_\_\_\_  
Fecha: \_\_\_\_\_