

Formulario para la Historia de Salud

Email:	Fecha de hoy:
--------	---------------

Como lo requiere la ley, nuestra oficina se adhiere a las políticas y a los procedimientos escritos para proteger la privacidad de la información que creamos, que recibimos o que mantenemos sobre usted. Sus respuestas son para nuestros registros solamente y se mantendrán en forma confidencial de acuerdo a las leyes vigentes. Por favor, advierta que se le harán algunas preguntas sobre sus respuestas a este cuestionario y que pueden hacerle preguntas adicionales respecto a su salud. Esta información es vital y nos permitirá entregarle una atención apropiada. Esta oficina no usará estos datos para hacer discriminaciones.

Nombre:		Teléfono de Casa: Incluya código del área		Teléfono de Oficina/Celular: Incluya código del área		
Apellido	Nombre	()	()	()	()	
Dirrección:		Ciudad:		Estado: Código postal:		
Dirrección postal						
Ocupación:		Altura:	Peso:	Fecha de nacimiento:	Sexo: M F	
SS# o ID del Paciente:	Contacto en Emergencias:	Parentesco:	Teléfono: Incluya código del área	Teléfono celular: Incluya código del área		
			()	()		
Si usted está llenando este formulario para otra persona, qué parentesco tiene con esa persona?						
Su Nombre			Parentesco			
Tiene alguna de estas enfermedades o problemas: (Marque NS si usted No Sabe la respuesta a esta pregunta) Sí No NS						
Tuberculosis activa.....				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tos persistente de más de 3 semanas de duración.....				<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"/>
<i>Si su respuesta es Sí a cualquiera de estos 4 problemas, por favor deténgase y devuelva este formulario a la recepcionista.</i>						

Información Dental

En las preguntas siguientes haga el favor de marcar su respuesta con una (X) donde corresponda.

	Sí	No	NS		Sí	No	NS
Le sangran las encías cuando se cepilla o cuando usa seda dental?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sufre de dolor de oídos o del cuello?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le duelen los dientes con el frío, calor, con los dulces o al presionar?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tiene algún ruido, salto o molestia en la mandíbula?.....	<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 lesiones o úlceras en su boca?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ha tenido algún tratamiento periodontal (de la encía)?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Usa dentaduras (placas) 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 enérgicas de recreación?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ha tenido algún problema asociado con un tratamiento dental anterior?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ha sufrido alguna lesión grave en la cabeza o en la boca?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Está fluorada el agua que llega a su casa?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fecha de su último examen dental:			
Bebe usted agua embotellada o filtrada?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Qué le hicieron en esa ocasión?			
Si es así, con qué frecuencia? Marque su respuesta con un círculo: A DIARIO / S EMANALMENTE / O CASIONALMENTE				Fecha de su última radiografía dental:			
Tiene dolor o molestias dentales en este momento?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Cuál es el motivo de su visita al dentista hoy?							
Cómo se siente con su sonrisa?							

Información Médica

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

	Sí	No	NS		Sí	No	NS
Se encuentra ahora bajo el cuidado de un médico?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ha tenido alguna enfermedad grave, operación o ha sido hospitalizado/a en los últimos 5 años?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Médico:	Teléfono: Incluya código del área			Si es así, cuál fue la enfermedad o el problema?			
Nombre	()						
Dirección/Ciudad/Estado/Código:				Está tomando o ha tomado recientemente algún medicamento recetado o sin receta?			
				<input type="checkbox"/>			
Se encuentra usted sano/a?				Si es así, por favor indique cuáles son, incluyendo vitaminas, preparados naturales o a base de hierbas y/o suplementos dietéticos:			
<input type="checkbox"/>				_____			
Ha habido algún cambio en su salud general durante el último año?.....				_____			
<input type="checkbox"/>				_____			
Si es así, qué condición le están tratando?				_____			
Fecha de su último examen médico:				_____			

Información Médica

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

(Marque NS si usted No Sabe la respuesta a esta pregunta) Sí No NS		Sí No NS	
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"/>	
Articulaciones Artificiales. Ha tenido algún reemplazo ortopédico total de una articulación (cadera, rodilla, codo, dedo)?..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		Usa tabaco (fumado, aspirado/rapé, masticado, en bidis)?..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Fecha: _____ Si es así, ha tenido alguna complicación? _____		Si es así, le interesaría dejar de hacerlo? _____	
Está tomando o tiene que empezar a tomar un agente antirresortivo (como Fosamax®, Actonel®, Atelvia, Boniva®, Reclast, Prolia) debido a osteoporosis o a enfermedad de Paget?..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		Marque con un círculo: MUCHO / ALGO / NO ME INTERESA	
Desde el año 2001, ha sido tratado/a o está actualmente en lista para comenzar tratamiento con un agente antirresortivo (como Aredia®, Zometa®, XGEVA) para dolor óseo, hipercalcemia o complicaciones esqueléticas derivadas de la enfermedad de Paget, mieloma múltiple o cáncer metastásico?..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		Bebe bebidas alcohólicas?..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Fecha del comienzo del Tratamiento _____		Si es así, cuánto alcohol bebió en las últimas 24 horas? _____	
		Si es así, cuánto bebe por lo general en una semana? _____	
		SÓLO MUJERES Está usted:	
		Embarazada?..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
		Número de semanas: _____	
		Tomando píldoras anticonceptivas o de sustitución hormonal?..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
		Amamantando?..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Alergias. Es usted alérgico – o ha tenido alguna reacción – a: En todas las respuestas afirmativas, especifique el tipo de reacción. Sí No NS		Metales _____ Sí No NS	
Anestésicos locales _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		Látex (goma) _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Aspirina _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		Yodo _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Penicilina u otros antibióticos _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		Polen (fiebre del heno)/estacional _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Barbituratos, sedativos o pastillas para dormir _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		Animales _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Sulfas _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		Alimentos _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Codeína u otros narcóticos _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		Otros _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	

Por favor marque con una (X) su respuesta para indicar si usted ha tenido o no ha tenido algunas de estas enfermedades o problemas.

		Sí No NS	Sí No NS	Sí No NS
Válvula cardíaca artificial (prótesis)..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		Enfermedad autoinmune..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		Glaucoma..... <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"/>		Hepatitis, ictericia o enfermedad hepática..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Válvulas dañadas en corazón transplantado..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		Lupus eritematoso sistémico..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		Epilepsia..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Enfermedad cardíaca congénita (ECC)		Asma..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		Desmayos o ataques epilépticos <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
ECC cianótica, sin reparar..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		Bronquitis..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		Alteraciones neurológicas..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Reparada en los últimos 6 meses (completamente)..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		Enfisema..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		Si es así, especifique: _____
ECC reparada con defectos residuales..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		Sinusitis..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		Alteraciones del sueño..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Aparte de las condiciones en la lista de arriba, ya no se recomienda realizar una profilaxis antibiótica para ninguna otra forma de ECC.		Tuberculosis..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		Usted ronca?..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		Cáncer/Quimioterapia/ Radioterapia..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		Alteraciones mentales..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		Dolores de pecho por esfuerzo..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		Especifique _____
		Dolor crónico..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		Infecciones recurrentes..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		Diabetes Tipo I o II..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		Tipo de infección: _____
		Trastornos de alimentación..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		Alteraciones renales..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		Malnutrición..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		Sudor nocturno..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		Enfermedad gastrointestinal.... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		Osteoporosis..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		Reflujo G.E./ardor persistente.. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		Inflamación persistente de los ganglios del cuello..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		Úlceras..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		Cefaleas graves/jaquecas..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		Alteraciones de la tiroides..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		Pérdida de peso severa o rápida. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		Derrame cerebral..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		Enfermedades venéreas..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
				Orina en forma excesiva..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Le ha recomendado algún médico o su dentista anterior que tome antibióticos antes de su tratamiento dental?.....

Nombre del médico o del dentista que se lo recomendó: _____ Teléfono: Incluya código del área () _____

Tiene alguna enfermedad, condición o problema que no figure más arriba y que cree que yo debería saber?.....

Explique por favor: _____

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 más arriba y que la información 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 respondidas satisfactoriamente. Yo no responsabilizaré a mi dentista ni a ningún miembro de su personal por las acciones que puedan tomar debido a los errores o a las omisiones que yo haya podido cometer al completar este formulario.

Firma del Paciente/Apoderado: _____ Fecha: _____

Firma del proveedor.: _____ Fecha: _____

A SER COMPLETADO POR EL ODONTÓLOGO/A

Comentarios: _____

POLÍTICA FINANCIERA

Nos complace ser parte del equipo cuya misión principal es brindarle la mejor y más completa atención dental disponible en la actualidad. Además, estamos dedicados a hacer que su atención de alta calidad sea lo más rentable posible. Para promover una relación satisfactoria a largo plazo, presentamos a continuación las políticas financieras de nuestra oficina.

OPCIONES DE PAGO

- Para todos los pacientes, la responsabilidad de pago por el servicio vence en, o antes de, el momento en que se prestan los servicios.
- Para pacientes con seguro, cobraremos cualquier deducible y/o copago estimado en el momento del servicio.
- Aceptamos efectivo, cheques, Visa, MasterCard, Discover y American Express; también ofrecemos financiamiento a través de Care Credit y Lending Club.
- Cualquier responsabilidad del paciente debida a un tratamiento anterior estará sujeta a un plan de pago contingente a partir del permiso de nuestra clínica para mantener una tarjeta de crédito registrada.

SEGURO: Como cortesía a usted, presentaremos un reclamo de pago a su compañía de seguros.

- Con gusto hablaremos sobre su tratamiento propuesto, responderemos cualquier pregunta relacionada con su seguro y le proporcionaremos una **ESTIMACIÓN** de lo que su compañía de seguros pagará por su tratamiento.
- Nuestra oficina no garantiza el pago real efectuado por su compañía de seguros, que puede diferir de la estimación original.
- No todos los servicios que brindamos son beneficios cubiertos por el seguro. Las tarifas por servicios no cubiertos se deben pagar al momento del servicio o antes.
- Su seguro es un contrato entre usted, su empleador y su compañía de seguros; usted es **COMPLETAMENTE RESPONSABLE** de cualquier cargo por el tratamiento brindado y cualquier diferencia entre el presupuesto original y la factura final.
- Le facturaremos a su seguro secundario como cortesía, pero usted es responsable de los gastos directos estimados relacionados con el seguro primario.
- No facturamos seguros médicos por los servicios prestados en nuestra clínica.

CITAS PERDIDAS

- Para citas de odontología general, se cobrará una tarifa de \$50 por toda cita cancelada perdida y con poca antelación (con menos de 24 horas de anticipación).
- Para citas especiales, se cobrará una tarifa de \$150 por toda cancelación perdida y de poca antelación.
- Nuestra oficina se reserva el derecho de limitar citas futuras si se producen cancelaciones con poca antelación más de dos veces. Las citas se efectúan por necesidad y esta vez está reservada exclusivamente para usted y sus necesidades dentales.

CHEQUES DEVUELTOS: se aplicará un cargo de \$25 cuando si se devuelve un cheque del banco

TARJETA DE CRÉDITO DENEGADA: se aplicará un cargo de \$25 cuando se deniegue una tarjeta de crédito cuando el paciente esté en un plan de pago de Información de Seguro Primario:

Compañía de seguros: _____ Nombre del suscriptor: _____

FDN del suscriptor: _____ Relación: _____ # ID: _____ Grupo #: _____

Información de Seguro Secundario:

Compañía de seguros: _____ Nombre del suscriptor: _____

FDN del suscriptor: _____ Relación: _____ # ID: _____ Grupo #: _____

Su firma a continuación reconoce que recibió este formulario y que comprende completamente todas nuestras políticas.

Firma _____ Fecha _____