

## Información del paciente

Apellido del paciente \_\_\_\_\_ Primer Nombre \_\_\_\_\_ Segundo Nombre \_\_\_\_\_  
 Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Hombre  Mujer   
 Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Zip \_\_\_\_\_  
 Teléfono (Celular) \_\_\_\_\_ (Casa) \_\_\_\_\_ (Trabajo) \_\_\_\_\_  
 ¿Cómo se enteró de nuestra oficina? \_\_\_\_\_

## Información del padre/guardián (Si el paciente es menor de edad)

Apellido \_\_\_\_\_ Primer Nombre \_\_\_\_\_ Segundo Nombre \_\_\_\_\_  
 Relación con el paciente \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_  
 Dirección (Si diferentes) \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Zip \_\_\_\_\_  
 Teléfono (Celular) \_\_\_\_\_ (Casa) \_\_\_\_\_ (Trabajo) \_\_\_\_\_  
 Correo electrónico \_\_\_\_\_

## Información del seguro

Seguro primario	Seguro secundario
Nombre del titular de la póliza _____	Nombre del titular de la póliza _____
Fecha de nacimiento _____	Fecha de nacimiento _____
Relación con el paciente Yo <input type="checkbox"/> Esposa <input type="checkbox"/> Niño <input type="checkbox"/>	Relación con el paciente Yo <input type="checkbox"/> Esposa <input type="checkbox"/> Niño <input type="checkbox"/>
Otros _____	Otros _____
Compañía de seguros _____	Compañía de seguros _____
ID de miembro _____	ID de miembro _____
Número de grupo _____	Número de grupo _____
Empleador _____	Empleador _____
Teléfono del Seguro _____	Teléfono del Seguro _____

Nombre de contacto de emergencia \_\_\_\_\_ Relación con el paciente \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

### Consentimiento para el examen inicial

Consiento los procedimientos de diagnóstico necesarios para realizar un examen inicial, que puede incluir las radiografías necesarias, el examen intra-oral/extra-oral.

Firma (parte responsable si el paciente es menor de edad) \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

### Historia dental

Motivo de la visita de hoy \_\_\_\_\_  
 ¿Está experimentando dolor dental? Sí  No  (En caso afirmativo, donde) \_\_\_\_\_  
 ¿Hay alguna otra preocupación que debemos tener en cuenta? \_\_\_\_\_  
 ¿Cuándo fue la última vez que visitó a un dentista? \_\_\_\_\_  

	Sí	No	No sé
¿Las encías sangran al cepillarse o usar hilo dental?...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Sufre de boca seca?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Le rechinan los dientes?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Usa dentaduras completas o parciales?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

 ¿Cómo se siente con su sonrisa? \_\_\_\_\_

Apellido del paciente \_\_\_\_\_ Primer Nombre \_\_\_\_\_ DOB \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Fecha de hoy \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**Historial médico del paciente**

¿Está actualmente bajo el cuidado de un médico? Sí  No  Nombre del médico \_\_\_\_\_

¿Ha sido hospitalizado o ha tenido una operación/cirugía importante Sí  No

*Si es así, por favor explique* \_\_\_\_\_

¿Ha tenido una lesión grave en la cabeza o en el cuello? Sí  No  *Si es así, por favor explique* \_\_\_\_\_

**Por favor enumere cualquier medicamento que actualmente tome**

Medicamentos	Dosificación	¿Con qué frecuencia?	Ruta (Oral/inyección etc)

¿Usas tabaco? (Fumando, aspirado/rapé, masticado, en bidis) Sí  No

¿Bebe bebidas alcohólicas? Sí  No  Si es así, aproximadamente cuántas bebidas por semana? \_\_\_\_\_

¿Usa sustancias reguladas (drogas)? Sí  No

**¿Es usted alérgico a cualquiera de los siguientes?** Látex  Anestésico locales  Penicilina  Aspirina  Codeína   
Metal  Sulfa Drogas  Acrílico  Otros \_\_\_\_\_

**Sólo mujeres-** ¿Embarazada? Sí  No  Número de semanas \_\_\_\_\_ Amamantando Sí  No  Toma píldoras anticonceptivas Sí  No

**Historia clínica - ¿Tiene o ha tenido alguna de las siguientes?**

Válvula cardíaca artificial	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Mareos/desmayos	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Fiebre reumática	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Articulaciones artificiales	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Síndrome de Down	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Escarlatina	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
SIDA / VIH	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Enfisema	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Dificultad respiratoria	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Anemia	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Epilepsia / Convulsiones	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Anemia falciforme	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Angina, dolores en el pecho	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Tos frecuente	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Problemas sinusales	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Artritis, reumatismo	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Glaucoma	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Erupción cutánea	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Asma	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Ataque al corazón / Fracaso	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Derrame cerebral	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
-(hospitalización requerida)	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Enfermedad del corazón	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Hinchazón de pies o tobillos	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Autismo	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Soplo cardíaco	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Problemas de tiroides	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Problemas de sangrado	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Prolapso de válvula cardíaca	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Amigdalitis	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Problemas de coagulación	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Marcapasos cardíaco	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Tuberculosis	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Trastorno sanguíneo	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Hepatitis (Tipo _____ )	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Tumor, crecimiento (cabeza/cuello)	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Defecto congénito	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Herpes	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Úlceras	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Bronquitis	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Alta presión sanguínea	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Pérdida de peso inexplicable	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Cáncer	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Colesterol alto	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿Alguna otra enfermedad grave no mencionada anteriormente?	
Parálisis cerebral	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Inmunodeficiencia	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	_____	
Quimioterapia/terapia de radiación	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Ictericia	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	_____	
Herpes labial, fiebre, ampollas	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Enfermedad renal	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
Trastorno cardíaco congénito	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Presión arterial baja	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
Convulsiones	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Osteoporosis / Osteopenia	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
Diabetes	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Atención psiquiátrica	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		

La información que he proporcionado es correcta según mi leal saber y entender, y entiendo que es mi responsabilidad informar a esta oficina sobre cualquier cambio en la salud y/o los medicamentos de mi / mi hijo/a. Entiendo la importancia de un historial de salud veraz y que mi dentista y su personal confiarán en esta información para tratarme a mí/ a mi hijo. Reconozco que mis preguntas, si las hubiera, sobre las consultas establecidas anteriormente han sido respondidas a mi satisfacción.

Firma del Paciente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

(Padre/guardián legal si el paciente es menor de edad)

# THE DENTAL SPACE

## AVISO DE PRIVACIDAD DEL PACIENTE

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE UTILIZAR Y DIVULGAR LA INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA SOBRE USTED Y CÓMO PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. LEA POR FAVOR Y REVISELO CUIDADOSAMENTE.

### Resumen:

Por ley, estamos obligados a proporcionarle nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad (NNP). Este aviso describe cómo podemos usar y divulgar su información médica. También le informa cómo puede obtener acceso a esta información.

### Como paciente usted tiene los siguientes derechos:

1. El derecho a inspeccionar una copia de su información;
2. El derecho a solicitar correcciones en su información;
3. El derecho de solicitar que su información sea restringida;
4. El derecho a solicitar comunicaciones confidenciales;
5. El derecho a un informe de revelaciones de su información; y
6. El derecho a una copia en papel de este aviso.

Queremos asegurarle que su información médica protegida sobre la salud está segura con nosotros. Este Aviso de prácticas de privacidad contiene información sobre cómo nos aseguramos de que su información permanezca privada.

### Reconocimiento de Aviso de Prácticas de Privacidad

Por la presente reconozco que he revisado este Aviso de prácticas de privacidad. Además, entiendo que la práctica me ofrecerá actualizaciones de este aviso. Si se modifica o modifica de alguna manera, recibiré una copia.

---

Nombre del paciente

---

Firma del paciente/padre legal