

Lima Dental

Para que podamos proporcionarle con la mejor atencion posible, por favor complete ambos lados de este formulario de historial medico/dental. Toda informacion es completamente confidencial.

INFORMACION DEL PACIENTE

Nombre: _____ SS#: _____ - _____ - _____ Fecha de Nacimiento: _____
Sex: M F Direccion: _____ Ciudad _____ Estado _____ Codigo Postal _____
Telefono: (____) _____ - _____ Cell: (____) _____ - _____
Contacto de Emergencia: _____ #de Emergencia: (____) _____ - _____
Correo Electrónico: _____ A quien podemos agradecer por referirlo? _____
 Foyeto Radio/TV Feria de la Salud Redes Sociales (facebook, instagram, etc.)

INFORMACION DE CUENTA

Quienes responsable financieramente de estacuenta? _____
SS#: _____ - _____ - _____ Fecha De Nacimiento: _____ - _____ - _____ DL/Estado: _____
Direccion: _____ APT: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Codigo Postal: _____
Telefono: _____ - _____ - _____ #De Trabajo: _____ - _____ - _____ Cell: _____ - _____ - _____
Relacion al Paciente: _____ Empleador: _____ Ocupacion: _____
Direccion de Trabajo: _____

HISTORIAL DENTAL

1. Esta teniendo algun problema dental imediata? _____ si, si porfavor explique: _____
2. Cuando fue su ultima visita al Dentista? _____
3. Cuando fue su ultima limpieza de dientes? _____
4. Quien era su Su Dentista Anterio? _____ Ciuda _____ Estado _____
5. Estaba usted satisfecho con su ultimo Dentista? _____
6. Que tan frecuente se cepilla usted los dientes? _____ uso de hilo dental? _____
7. Tiene miedo o incomodidad que impida ver a su Dentista de forma regular? SI NO
8. Sus encillas sangran con facilidad? SI NO
9. Son sus dientes sensibles al frio, caliente o dulces? SI NO
10. Sus mandibulas se sienten cansados? SI NO
11. Tiene dolor de cabeza, cuello, o hombros? SI NO
12. Le hace clic o chasquidos al abrir o cerrar la boca? SI NO
13. Es usted consiente de apretar oh rechinar los dientes? SI NO
14. Si esa si, usted usa un guarda de noche? SI NO
15. Le gustaria conservar los dientes naturales sanos el mayor tiempo posible? SI NO
16. Prefiere usar el oxido nitroso (Gas Feliz)? SI NO

HISTORIAL MÉDICO

Nombre de Medico: _____ #Tel.DeClínica:(_____)_____ - _____

¿Lo está tratando un médico ahora?	No Sí	Identifique: _____
¿Está tomando algún medicamento?	No Sí	Identifique: _____
¿Alérgico a algún medicamento?	No Sí	Identifique: _____
¿Alérgico a los metales?	No Sí	Identifique: _____
¿Cualquier enfermedad grave reciente?	No Sí	Identifique: _____
¿Has tenido alguna cirugía mayor?	No Sí	Identifique: _____

Por favor, circule de cualquiera de los siguientes que usted ha tenido o tiene en la actualidad:

Problemas del Estómago/Intestinales	Fumar/ Tabaco Sin Humo	Herpe Labial/Ampollas de Fiebre	Asma
Sangrado Prolongado	Fiebre Reumática	Articulaciones Artificiales	Infartos
Válvula Cardíaca Artificial	Moretones con Facilidad	Problemas de Hígado/ Riñón	Ulceras
Problemas del Corazón	Tumores/Crecimientos	Alergia a la Anestesia	Diabetes
Alta Presión Sanguínea	Sensibilidad al Látex	Problema de los Ojos	Epilepsia
Enfermedades Venéreas	Marcapasos Cardíaco	Hepatitis	Artritis
Actualmente Embarazada	Tiroides	Glaucoma	Tuberculosis
Píldoras Anticonceptivas	Tratamiento de Radiación	Desmayos/Mareos	Soplo Cardíaco
Atención Psiquiátrica/Psicológica	SIDA/VIH+		

¿Hay algún otro problema médico que debemos ser conscientes de? Por favor explique si su respuesta es si: _____

CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO

1. Entiendo que la información anterior es necesaria para proveerme con cuidado dental de una manera segura y eficiente. He respondido todas las preguntas lo mejor de mi conocimiento. Para obtener más información, usted tiene mi permiso para pedir el respectivo proveedor de salud o agencia, que pueda liberar dicha información. Notificare al médico de cualquier cambio en mi salud o medicación.
2. Sobre tal diagnóstico, autoricé el médico para llevar a cabo todo tratamiento recomendado de cual acordados mutuamente por que emplean dicha asistencia según sea necesario para proporcionar el cuidado adecuado.
3. Estoy de acuerdo con el uso de anestésicos, sedantes y otros medicamentos como sea necesario. Comprendo plenamente que usando agentes anestésicos encarna ciertos riesgos. Entiendo que puedo pedir un recital completo de cualquier posible complicación.
4. Por último, estoy de acuerdo en ser responsable del pago de todos los servicios en mi nombre o mis dependientes. Entiendo que el pago es debido al tiempo de servicios a menos que se han hecho otros arreglos antes de los servicios.

Notificación de las Políticas de Privacidad HIPAA

He tenido la oportunidad de leer y considerar el contenido de la notificación de prácticas de privacidad. Entiendo que estoy dando mi permiso para su uso y divulgación de mi información de salud protegida con el fin de llevar a cabo el tratamiento, actividades de pago y operaciones de atención médica. También entiendo que tengo el derecho de revocar el permiso.

Firma de padre/Persona Responsable: _____ Fecha: _____

Firma del Doctor: _____ Fecha: _____