

HISTORIAL MEDICO

Fecha _____

INFORMACIÓN DEL PACIENTE:

Nombre Del Paciente: _____
Apellido Nombre InicialDirección: _____
Dirección Ciudad Estado Código Postal

Correo Electrónico: _____ No. Seguro Social: _____ - _____ - _____ Fecha de Nacimiento: _____ / _____ / _____ Edad: _____

Sexo: M F Teléfono de Casa: (_____) _____ - _____ Celular: (_____) _____ - _____ No. Alt: (_____) _____ - _____

INFORMACIÓN DEL PADRE/GUARDIÁN:

Relación al Paciente: _____ o Si Mismo

Nombre: _____
Apellido Nombre Inicial

No. Seguro Social: _____ - _____ - _____ No Seguro Dental: _____ No. Licencia: _____

Fecha De Nacimiento: _____ / _____ / _____ Teléfono de Seguro Dental: (_____) _____ - _____ Group No.: _____

Empleador: _____ Dirección: _____

Teléfono de Casa: (_____) _____ - _____ Celular: (_____) _____ - _____ Trabajo: (_____) _____ - _____

Nombre y teléfono de un pariente que no viva con usted: _____

CÓMO ESCUCHO DE NUESTRA OFICINA?

- Páginas Amarillas Amigo / Paciente Anuncio/Correo Cartelera Internet _____
- Letrero THMP-Medicaid Feria de Salud Otro (Especifique) _____
- Empleado de Nosotros: Seguro Dental/ Empleador Comercial de TV. Cual? _____

Razón de su visita hoy: _____ Fecha de su última visita dental: _____

POR FAVOR MARQUE SU REPUESTA (no responda a la pregunta si no entiende)

Si No
 Ha tenido alguna vez una situación que no le gusto en una oficina dental que nos quiera decir?

Si es así, favor de explicar: _____

 ¿Estás nervioso por el tratamiento dental? ¿Le sangran las encías, están sensibles o irritadas? ¿Está satisfecho con la apariencia de sus dientes? ¿Sus dientes estan sensibles? Si es asi ¿a que? Dulces Caliente Frio Presión ¿Tiene dientes descoloridos que le molestan? ¿Estás viendo a un médico? El nombre y número de teléfono de su médico(s) _____
Si es así, ¿cuál es la enfermedad que padece? _____ ¿Está tomando algún medicamento? Si es asi, indique cuales: _____ ¿Ha tomado o estás tomando aspirina? ¿Si es mujer, usted esta o se sospecha que está embarazada? Cuantos Meses: _____ ¿Usted a tomado o está tomando actualmente Bisphosphonates orales? Actonel Boniva Fosamax Skelif Didrone Otro ¿Ha tenido algún reemplazo de articulaciones? Si es así, ¿cuándo? _____ ¿Hay algo más que debamos saber sobre su salud que no esté previsto en este formulario?

Si es así, por favor explique: _____

USTED HA TENIDO O TIENE EN LA ACTUALIDAD

- | | | | |
|----------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Enfermedad del corazón | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Enfermedad de los riñones | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Enfermedad de la Tiroides | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Enfermedad de células falciformes |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Soplo cardiaco | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> La pérdida de hueso | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Quimioterapia: (Cáncer,leucemia) | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hipertensión |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Epilepsia o convulsiones | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Contusión fácilmente en la piel | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Enfermedad de la Sangre | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Úlceras |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hemofilia | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Fiebre reumática | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Enfisema |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Reumatismo | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Dolor en la articulación de la mandíbula | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Marcapasos del Corazón | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Enfermedad venérea |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Tuberculosis | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Reemplazo de Articulaciones | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Asma |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> La Cortisona Medicina | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> VIH + SIDA | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Fiebre de heno |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Glaucoma | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Escarlatina | | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Anemia |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Nerviosismo | | | |

POR FAVOR MARQUE CUALQUIERA DE LOS SIGUIENTES ELEMENTOS A CUAL LE TIENE ALERGIA:

- | | | | |
|-----------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Anestésicos locales | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Penicilina | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Codeína u otros narcóticos | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Fen-Phen |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Aspirina | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Yodo | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Los barbitúricos o sedantes | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Otros antibióticos: _____ |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Iodine | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Sulfatos | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Látex | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Otro: _____ |
| | | | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Otro: _____ |

Al mejor de mi conocimiento, todas las respuestas anteriores son verdaderas y correctas. Si alguna vez tiene algún cambio en mi salud, o si cualquier cambio de medicamentos, informaré a mi dentista en la próxima cita.

Firma del Paciente / Padre / Tutor

FOR COMPLETION BY DENTIST

Fecha Comentarios

Firma de dentista

NOTICE OF PRIVACY PRACTICES

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO LA INFORMACIÓN MÉDICA / DE SALUD PROTEGIDA SOBRE USTED PUEDE SER UTILIZADA Y REVELADA Y COMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR LEA CON CUIDADO.

RESUMEN:

Por ley estamos obligados a ofrecerle nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad (NPP). Este aviso describe cómo su información médica puede ser usada y divulgada por nosotros. También le explica cómo puede obtener acceso a esta información.

Como paciente, usted tiene los siguientes derechos:

1. El derecho a inspeccionar y copiar su información;
2. El derecho a solicitar correcciones a su información;
3. El derecho a solicitar que su información sea restringido;
4. El derecho a solicitar comunicaciones confidenciales;
5. El derecho a informar de las divulgaciones de su información, y
6. El derecho a una copia en papel de este aviso

Queremos asegurarle que su información médica / de salud protegida es segura con nosotros. Este Aviso de Prácticas de Privacidad contiene información acerca de cómo vamos a asegurar que su información permanezca privada.

Anote todos los números de teléfono donde podamos comunicarnos con usted: _____

INDIQUE LOS NOMBRES DE TODAS LAS PERSONAS (por ejemplo, cónyuge, padres, abuelos, etc ...) Usted autoriza PARA DIVULGAR SU INFORMACIÓN AL nuevos sistemas, incluidas las copias de sus registros SI ES NECESARIO: _____

Acuse de recibo del Aviso de Prácticas de Privacidad

Por la presente declaro que he revisado la Noticia práctica de Prácticas de Privacidad. Además, entiendo que la práctica ofrecerá Quiero ser informado a este Aviso de Prácticas de Privacidad. ¿Debe ser enmendada, modificada o alterada de alguna manera voy a recibir una copia.

Nombre De Paciente

Firma de Paciente/Padre/Tutor

FOR OFFICE USE ONLY

Patient refused to sign

Patient was unable to sign because: _____

Date: _____

Signature: _____