

Historia Médica

Nombre del paciente: _____ Fecha de Nacimiento _____

I. MARQUE CON UN CÍRCULO LA RESPUESTA CORRECTA (Deje en Blanco si no entiende la pregunta):

1. Sí No ¿Está en buena salud general?
2. Sí No ¿Han habido cambios en su salud durante el último año?
3. Sí No ¿Ha estado hospitalizado/a o ha tenido de una enfermedad grave en los últimos tres años?
¿Si Sí, por qué? _____
4. Sí No ¿Se encuentra actualmente bajo tratamiento médico? ¿Para qué? _____

Fecha de su último examen médico: _____

Fecha de su última limpieza profesional: _____

5. Sí No ¿Ha tenido problemas con algún tratamiento dental en el pasado?
6. Sí No ¿Tiene algún dolor ahora? Si la respuesta es sí, en la escala del 1-10 (10 siendo el peor) en donde se encuentra Ud.?

II. HA NOTADO:

- | | |
|--|---|
| 7. Sí No ¿Dolor de pecho (angina)? | 18. Sí No ¿Ruidos o zumbidos en los oídos? |
| 8. Sí No ¿Los tobillos hinchados? | 19. Sí No ¿Dolores de cabeza? |
| 9. Sí No ¿Reciente pérdida de peso, fiebre, sudor en la noche? | 20. Sí No ¿Desmayos? |
| 10. Sí No ¿Tos persistente o tos con sangre? | 21. Sí No ¿Vista borrosa? |
| 11. Sí No ¿Problemas de sangramiento, moretes? | 22. Sí No ¿Convulsiones? |
| 12. Sí No ¿Problemas nasales (sinusitis)? | 23. Sí No ¿Sed excesiva? |
| 13. Sí No ¿Dificultad al tragar? | 24. Sí No ¿Orina con frecuencia? |
| 14. Sí No ¿Diarrea, estreñimiento, sangre en las heces? | 25. Sí No ¿Boca seca? |
| 15. Sí No ¿Vómitos con frecuencia, náuseas? | 26. Sí No ¿Ictericia? |
| 16. Sí No ¿Dificultad al orinar, sangre en la orina? | 27. Sí No ¿Dolor o rigidez en las Coyunturas? |
| 17. Sí No ¿Mareos? | |

III. TIENE O HA TENIDO:

- | | |
|---|--|
| 28. Sí No ¿Enfermedades del corazón? | 39. Sí No ¿SIDA, VIH+? |
| 29. Sí No ¿Infarto de corazón, defectos en el corazón? | 40. Sí No ¿Tumores, cáncer? |
| 30. Sí No ¿Soplos en el corazón? | 41. Sí No ¿Artritis, reuma? |
| 31. Sí No ¿Fiebre reumática? | 42. Sí No ¿Enfermedades de los ojos? |
| 32. Sí No ¿Apoplejía, endurecimiento de las arterias? | 43. Sí No ¿Enfermedades de la piel? |
| 33. Sí No ¿Presión sanguínea alta? | 44. Sí No ¿Anemia? |
| 34. Sí No ¿Asma, tuberculosis, enfisema, otras Enfermedades pulmonares? | 45. Sí No ¿Herpes labial? (jogasos) |
| 35. Sí No ¿Hepatitis, otras enfermedades del hígado? | 46. Sí No ¿Enfermedades renales (riñón), vejiga? |

- | | | | | | |
|--------|----|--|--------|----|--|
| 36. Sí | No | ¿Problemas del estómago, úlceras? | 47. Sí | No | ¿Enfermedades de tiroides glándulas suprarrenales? |
| 37. Sí | No | Dolores de la quijada | 48. Sí | No | ¿Diabetes? |
| 38. Sí | No | ¿Familiares con diabetes, problemas de corazón, tumores? | | | |

IV. TIENE O HA TENIDO:

- | | | | | | |
|--------|----|----------------------------------|--------|----|---------------------------|
| 49. Sí | No | ¿Tratamiento psiquiátrico? | 54. Sí | No | ¿Hospitalizaciones? |
| 50. Sí | No | ¿Tratamientos de radiación? | 55. Sí | No | ¿Transfusiones de sangre? |
| 51. Sí | No | ¿Quimioterapia? | 56. Sí | No | ¿Cirugías? |
| 52. Sí | No | ¿Válvula artificial del corazón? | 57. Sí | No | ¿Marcapasos? |
| 53. Sí | No | ¿Articulación artificial? | | | |

V. USA O HA USADO:

- | | | | | | |
|--------|----|---|--------|----|--|
| 58. Sí | No | ¿Drogas de uso recreativo? | 61. Sí | No | ¿Tabaco de cualquier tipo? Si la respuesta es sí, que clase es (por ejemplo, ¿fumar o mastigar?) |
| 59. Sí | No | ¿Remedios, medicamentos, medicamentos sin receta (incluyendo aspirina)? | 62. Sí | No | ¿Alcohol (bebidas alcohólicas)? |
| 60. Sí | No | Bisfosfonatos - marcas comerciales o marcas genéricas incluyéndose, pero no limitadas a: <i>alendronate (Fosamax®), alendronate/cholecalciferol (Fosamax® D), risedronate (Actonel®), ibandronate (Boniva®), and zoledronic acid (Reclast®). Denosumab (Prolia®).</i> | | | |

Por favor anote todos los medicamentos que está tomando actualmente:

VI. HA EXPERIMENTADO UNA REACCION ADVERSA O ALERGICA A CUALQUIER DE LAS SIGUIENTES::

- | | | | | | |
|--------|----|-----------------------|--------|----|---|
| 63. Sí | No | Penicilina | 67. Sí | No | Hidrocodona (“Vicodina” / “Lortab”) |
| 64. Sí | No | Látex | 68. Sí | No | Comidas, si la respuesta es Sí, por favor anote |
| 65. Sí | No | Sulfa | 69. Sí | No | Otras, si la respuesta es Sí, por favor anote |
| 66. Sí | No | Codeína (Tylenol III) | | | |

VII. SÓLO PARA MUJERES:

- | | | | | | |
|--------|----|--|--------|----|--|
| 70. Sí | No | ¿Está o podría estar embarazada o dando pecho? | 71. Sí | No | ¿Está tomando pastillas anticonceptivas? |
|--------|----|--|--------|----|--|

VIII. PARA TODOS LOS PACIENTES:

- | | | |
|--------|----|---|
| 72. Sí | No | ¿Tiene o ha tenido alguna otra enfermedad o problema médico que NO está en este cuestionario? |
|--------|----|---|

Si la respuesta es afirmativa, explique: _____

Que yo sepa, he respondido completamente y correctamente todas las preguntas. Informaré a mi dentista si hay algún cambio en mi salud y/o en los medicamentos que tomo.

Firma del Paciente _____ Fecha _____



Acuerdo Financiero

- Para mi conveniencia, Platteville Family Dentistry tiene permiso de usar mi información para compartir con mi seguro dental y para recibir pagos directamente de ellos.
- Yo comprendo que si comienzo tratamiento mayor que involucra trabajo de laboratorio, seré responsable por el costo en ese momento.
- Si mi cuenta la mandan a colecciones, estoy de acuerdo en cubrir **todos** los costos.
- Haremos todo lo posible en ayudarle con su seguro dental, pero si no pagan como planeado, yo seré responsable.
- Estoy de acuerdo en pagar los cargos financieros de 1.5% por mes (18% APR) en cualquier cuenta que este pasada por 90 días.
- Si cancelo una cita, sin avisar antes de las 24 horas, yo pagaré los cargos adicionales.
- Tratamientos pueden cambiar, y yo seré responsable por el trabajo hecho.

Firma del Paciente _____ Fecha _____

Nombre Impreso _____



Notificación de las Pólizas de Privacidad

Me han dado la oportunidad para leer y considerar los contenidos de la Notificación de las Pólizas de Privacidad. Yo entiendo que estoy dando mi permiso para su uso y revelación de mi información protegida de salud, con el fin de llevar a cabo el tratamiento, actividades de pago, y operaciones de atención médica. Yo también entiendo que tengo el derecho de revocar el permiso.

Firma del Paciente _____ Fecha _____

Nombre Impreso _____

Información del Paciente

Nombre _____
Apellido Primer Nombre Inic. Nombre de Preferencia

Fecha de Nacimiento (MM/DD/YY) _____ SS# _____

Gender M F Marital Status (Círculo Uno): Married / Single / Divorced

Driver License State: _____ Driver License Number: _____

Home Address:

Street _____ City _____
State _____ Zip Code _____

Phone Numbers:

Cell _____, Cell Phone Carrier (i.e. Sprint/Verizon) _____
Home _____ Work _____

E-mail: _____

If over 21 years old, are you a full time student? Yes No

School Name _____ City _____ State _____

Parent / Legal Guardian Information (If patient under 21 years of age)

Name _____
Last First M.I. Preferred

Gender M F Relationship to Patient _____

Driver License State: _____ Driver License Number: _____

Birthdate (MM/DD/YY) _____ SS# _____

Gender M F Marital Status (Círculo Uno): Married / Single / Divorced

Home Address

Check here if address same as patient. Otherwise, please list your mailing address.

Street _____ City _____
State _____ Zip Code _____

Phone Numbers:

Cell _____, Cell Phone Carrier (i.e. Sprint/Verizon) _____

Home _____ Work _____

E-mail: _____

Dental Insurance Information

Primary Insurance Company _____

Relationship to Subscriber (Circle One) Self / Spouse or Life Partner / Child

Insurance Company Phone# _____

Subscriber Name _____
Last First M.I.

Subscriber Birthdate (MM/DD/YY) _____

Subscriber I.D.# or SS# _____

Employer _____ Group Name _____ Group# _____

Secondary Insurance Company _____

Relationship to Subscriber (Circle One) Self / Spouse or Life Partner / Child

Insurance Company Phone# _____

Subscriber Name _____
Last First M.I.

Subscriber Birthdate (MM/DD/YY) _____

Subscriber I.D.# or SS# _____

Employer _____ Group Name _____ Group# _____

Signature

Date



Polizas de su Cita



Nuestros precios son más bajos que otros dentistas en esta área, y nos gustaría que haci seguirán. Puede ayudarnos a hacerlo, evitando espacios vacíos, a último momento, en nuestro horario. Nosotros reservamos tiempo exclusivo para cada paciente. Si absolutamente tiene que hacer la cita para otro día, requerimos por lo mínimo 24 horas de aviso antes de su cita. Podemos entonces hacer su tiempo reservado disponible para otros pacientes. Para avisarnos de cualquier cambio, por favor llámenos a nuestra oficina durante horas de trabajo.

Gracias por escoger nuestra práctica para atender sus necesidades de salud dental. Estamos dedicados a brindarles la calidad, la atención cómoda, y accesible.

Firma del Paciente: _____ Fecha: _____

Nombre Impreso: _____