



Hoja de Información del Paciente

Cuadro # _____

Información del Paciente

Primer Nombre: _____ Inicial del Segundo Nombre: _____ Apellido: _____ Sexo: (M) (F)
Dirección de la casa: _____ Apt. #: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
Número de teléfono de la casa: () _____ Número de teléfono del trabajo: () _____
Número de teléfono móvil: () _____ Dirección Electronica: _____
Número de Licencia o identificación: _____ Número de Seguro Social: _____ Fecha de Nacimiento: / /
Empleador: _____ Posición: _____
Dirección del Empleador: _____ Número de teléfono del Empleador: () _____
En caso de emergencia, contactar: (nombre) _____ Número de teléfono: () _____
Nombre de su Médico: _____
Dirección: _____ Ciudad: _____ Teléfono: () _____
Dentista Previo: _____ Dentista Anterior: _____
Dirección: _____ Ciudad: _____ Teléfono: () _____

¿Quién lo recomienda con Nosotros?

- Volante / Anuncio Aseguranza / Plan de Referencia Letrero / Locación de nuestra oficina Representante de Publicidad
 Página Amarillas Trabajador Otros Dentistas Familia / Amigo Sitio de Internet
 Evento Comunitario: _____ Escuela: _____ Otros: _____

Parte Responsable

(No llenar si es igual que arriba)

Primer Nombre: _____ Inicial del Segundo Nombre: _____ Apellido: _____
Dirección de la casa: _____ Apt. #: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
Número de teléfono de la casa: () _____ Seguro Social: _____
Número de Licencia o identificación: _____ Sexo: (M) (F) Fecha de Nacimiento: / /
Empleador: _____ Posición: _____ Tiempo en este trabajo: _____
Dirección del Empleador: _____
Número de teléfono del trabajo: () _____

Información del Seguro Primario

Primer Nombre: _____ Inicial del Segundo Nombre: _____ Apellido: _____
Relación del paciente con el asegurado (Circular): Yo Esposa(o) Hijo(a) Padres Seguro Social del asegurado: _____ - - - Fecha de Nacimiento: / /
Dirección de la casa del asegurado: _____
Dirección de la compañía del seguro: _____ Vigente desde: _____
Grupo #: _____ Póliza #: _____ Número de teléfono de la compañía del seguro: () _____
¿La póliza está conectada con el sindicato? Si No Nombre del Sindicato: _____ No. Del Local del Sindicato: _____

Información del Seguro Secundario

Primer Nombre: _____ Inicial del Segundo Nombre: _____ Apellido: _____
Relación del paciente con el asegurado (Circular): Yo Esposa(o) Hijo(a) Padres Seguro Social del asegurado: _____ - - - Fecha de Nacimiento: / /
Dirección de la casa del asegurado: _____
Dirección de la compañía del seguro: _____ Vigente desde: _____
Grupo #: _____ Póliza #: _____ Número de teléfono de la compañía del seguro: () _____
¿La póliza está conectada con el sindicato? Si No Nombre del Sindicato: _____ No. Del Local del Sindicato: _____

Solicito que todos los beneficios dentales, si hubiere, en otras circunstancias pagaderos a mí por servicios prestados, sean pagados al proveedor del servicio. Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos si la cobertura del seguro es insuficiente para cubrir mis obligaciones y/o un procedimiento. Soy responsable por la diferencia. Autorizo al proveedor del servicio a proporcionar toda la información necesaria para asegurar el pago de los beneficios. También consiento a la examinación y/o tratamiento de mi persona y todos los hijo(s) menores aquí listados por doctores, asistentes de doctores y otro personal médico. El no proveer información completa puede resultar en un cobro a mi persona por servicios prestados.

Estoy consciente de que al firmar abajo, certifico que toda la información está completa y es correcta. Burton D. Schnierow D.O.S., Inc., puede verificar esta información en cualquier fuente que considere necesario (incluyendo pero no limitándose a reportes de crédito) y puede proporcionar a otros información concerniente a mi historial crédito (o el reporte de crédito) hasta el grado permitido por la ley. Esta es mi autorización extendida a Burton D. Schnierow D.O.S., Inc., para que verifiquen mi historial crediticio.

Firma del Paciente _____ Firma de la parte responsable _____

CUESTIONARIO ACERCA DE SU SALUD

These questions are for your benefit and assure that treatment will take into consideration your past and present health status. Estas preguntas son para su provecho y le aseguran que se consideran en su tratamiento médico la condición de su salud pasada y presente. Puede ser que algunas preguntas no parezcan que se relacionan con su condición dental, pero todas están relacionadas con el cuidado dental apropiado.

Por favor, conteste cada pregunta. Haga un círculo alrededor de **Sí** o de **No**. Por ejemplo: ¿Está usted vivo? **Sí** No

HISTORIA CLINICA

- ¿Tiene usted Buena salud? **Sí** No
 Fecha del último examen médico **Sí** No
 ¿Esta usted ahora bajo el cuidado de un médico? **Sí** No
 ¿En caso de sí, para qué enfermedad está siendo tratado? **Sí** No
 ¿Ha tenido usted alguna enfermedad seria u operación? **Sí** No
 ¿En caso de sí, que enfermedad u operación? **Sí** No
 ¿Ha estado usted hospitalizado? **Sí** No
 ¿En caso de sí, cual fue el problema? **Sí** No
 ¿Esta usted tomando algún medicamento? Sí No O cualquier otro tipo de drogas (marijuana, cocaína, etc.)? **Sí** No
 ¿En caso de sí, diga cual? **Sí** No
 ¿Qué dosis?
 ¿Usa usted cualquier droga para recreo (marijuana, cocaína, etc.)? Sí No
 ¿Ha sido usted pre-medicado una vez con antibióticos para su tratamiento dental? **Sí** No
 ¿Esta usted sensible o alérgico a cualquier droga o sustancia? Látex Penicilina Tetraciclina Sulfato Aspirina Codeína
 ¿Otra (Si hay otros ¿cuales drogas o materiales)? **Sí** No
 ¿Tiene usted o ha tenido alguna de las enfermedades siguientes? (Haga un círculo alrededor de S o de N de todas las condiciones mencionadas.)

Y N Anemia	Y N Glaucoma	Y N Insuficiencia Cardíaca	Y N Ataque al Corazón	Y N Desmayos	Y N Prótesis Artificial	Y N Enfermedades Respiratorias
Y N Herpes	Y N Tonsilitis	Y N Hemorragia	Y N Parálisis Cerebral	Y N Fiebre Reumática	Y N Enfermedad de la Célula Falciforme	Y N Epilepsia o Ataques
Y N Ataque Cerebral	Y N Hemofilia	Y N Fiebre de Escarlatina	Y N Adicción a las Drogas	Y N Tuberculosis	Y N Medicina Cortisona	Y N Tratamiento Siquiátrico
Y N Ulceras Cerebrales	Y N Uceras Catarrales	Y N Síntesis	Y N Enfermedad del Riñón	Y N Transfusión de Sangre	Y N Alergias a Metálicos	Y N Hepatitis o Ictericia
Y N Diabetes	Y N Reumatismo	Y N Soplo Cardíaco	Y N Quimioterapia	Y N Reemplazo de Articulación	Y N Desangramiento	Y N Dificultad al Tragar
Y N Artritis	Y N Vanceta	Y N Enfermedad del Hígado	Y N Desórdenes Mentales	Y N Desordenes Nerviosos	Y N Prolapso	Y N Lesiones de Corazón Congénitas
Y N Asma	Y N Propensión a Gotas	Y N Enfermedad de la Sangre	Y N Enfermedad de Tiroides	Y N Tumores o Crecimientos	Y N Hipertensión Arterial	Y N Tratamiento de Rayos-X o Cobalto
Y N Cáncer	Y N Convulsiones	Y N Hendas de la Cabeza	Y N Problemas Cardíacos	Y N Alergias o Urticaria	Y N Complejo Relacionado con VIH	Y N Enfermedad Venérea (sífilis, gonorrea)
Y N Fiebre de Heno			Y N Desmayos	Y N Bolor Mandibular		Y N Síndrome de Inmunodeficiencia
						Y N Síndrome de Infección por VIH
						Y N Desorden de Articulación Temporomandibular

- ¿Usa usted un marcapaso de corazón, o ha tenido cirugía cardiaca? **Sí** No
 ¿Ha tenido cualquier otra enfermedad que no aparezca arriba y que yo debo saber? **Sí** No
 ¿En caso de sí, por favor explique cual? **Sí** No
 ¿Fuma usted? En caso de sí, cuánto? **Sí** No
 Cigarros Puros Paquetes por día **Sí** No
 ¿Ha tomado usted alguna vez las drogas? "Phen-Phen" "Redux" **Sí** No
 (Mujeres) ¿Esta usted en estado de gestación? En caso que sí, cuántos meses? **Sí** No
 (Mujeres) ¿Tiene usted algún problema con su menstruación? **Sí** No
 (Mujeres) ¿Toma usted píldoras anticonceptivas? **Sí** No

HISTORIA DENTAL

- ¿Ha recibido alguna vez un anestésico local (Novocaina, etc.)? **Sí** No
 ¿Ha tenido usted alguna reacción mala por un anestésico local? **Sí** No
 ¿Ha tenido usted un problema serio asociado con un tratamiento dental anteriormente? **Sí** No
 En caso de sí, explique **Sí** No
 ¿Cuánto tiempo hace que le hicieron Rayos X de su boca entera? Semanas Meses Años **Sí** No
 ¿Cuánto tiempo hace de su último tratamiento dental? Semanas Meses Años **Sí** No
 ¿Le pone nervioso(a) un tratamiento dental? **Sí** No
 En caso e si, marque X Muy poco Moderadamente Extremadamente **Sí** No
 ¿Le gustaría que le diéramos un sedante antes del tratamiento? **Sí** No

En base a mi conocimiento, todas las contestaciones anteriores son verdaderas y correctas.
 Si alguna vez hubiera cambios en mi salud o en mis medicaciones, yo le informaré sin falta al doctor en mi próxima visita.

A Fecha _____ Firma _____

B PONER AL DÍA - Desde su última visita al médico

- ¿Ha consultado Ud. a un médico? **Yes** **No**
 ¿Ha tenido Ud. un cambio de medicamento? **Yes** **No**
 ¿Ha tenido Ud. cualquier cambio en su condición física o alguna cirugía? **Yes** **No**

Fecha _____ Firma _____

C PONER AL DÍA - Desde su última visita al médico

- ¿Ha consultado Ud. a un médico? **Yes** **No**
 ¿Ha tenido Ud. un cambio de medicamento? **Yes** **No**
 ¿Ha tenido Ud. cualquier cambio en su condición física o alguna cirugía? **Yes** **No**

Fecha _____ Firma _____

POR FAVOR, HÁGANOS SABER CUALQUIER CAMBIO DE SU SALUD DESDE LA ÚLTIMA VISITA AL MÉDICO. SI NO HAY CAMBIOS, POR FAVOR ESCRIBA UD. "NINGUNOS"

AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO: Yo autorizo al dentista(s) en cargo del paciente cuyo nombre aparece en este formulario Historia de la Salud a administrar cualquier tratamiento; o a administrar anestésicos, sedantes de óxido nitroso y sedantes intravenosos; y a hacer las operaciones que se consideren necesarias o aconsejables en el diagnóstico de este paciente.

Yo he sido informado de todas las posibles complicaciones que pueden resultar en el procedimiento, anestésicos y drogas. Todos los servicios son prestados y aceptados bajo los términos y condiciones impresos en el otro lado de este formulario.

Firma: _____

Fecha: _____

Esta autorización debe ser firmada por el paciente, o en el caso de un menor de edad, o cuando el paciente esté incapacitado o es mentalmente incompetente, por un familiar cercano del paciente.

Relación al paciente: _____

CUESTIONARIO ACERCA DE SU SALUD DEBE SER ACTUALIZADO CADA AÑO!

REGISTRADO DÍA NO			NO ESCRIBE EN ESTE ESPACIO		
A	B	C	A	B	C
FECHA _____	FECHA _____	FECHA _____	FECHA _____	FECHA _____	FECHA _____
PS _____	PULSO _____	TEMP _____	POR _____		