



INFORMACION CONFIDENCIAL DEL PACIENTE

Por Favor Imprima Claramente

FECHA: _____

CHART : _____

I. Información Del Paciente

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Masculino / Femenino
 Dirección: _____ Cuida Y Estado: _____ Codicio Postal: _____
 Teléfono de Casa: _____ Cel.: _____ E-mail: _____
 Seguro Social #: _____ Licencia # _____
 Nombre de Empleador: _____ Teléfono del Trabajo: _____

II. Persona Responsable

Nombre: _____ Relación al Paciente: _____ de Nacimiento _____
 Seguro Social #: _____ - _____ - _____ Nombre de Empleador: _____ # Teléfono:(_____) _____
 Dirección: _____ Cuida: _____ Codicio Postal: _____
 Nombre de Seguridad: _____ Teléfono #: _(_____) _____
 Número Del Grupo: _____ I.D. # de seguridad _____

III. Información de Segunda Seguridad (Por favor de completar esta sección si tiene otra seguridad)

Nombre: _____ Relación al Paciente: _____ de Nacimiento _____
 Seguro Social #: _____ - _____ - _____ Nombre de Empleador: _____ # Teléfono:(_____) _____
 Dirección: _____ Cuida: _____ Codicio Postal: _____
 Nombre de Seguridad: _____ Teléfono #: _(_____) _____
 Número Del Grupo: _____ I.D. # de seguridad _____

IV. Vamos A Conocer A Uste Y Su Familia

Como escucho de Santa Fe Dental Group? _____
 La última vez que tomaron radio-X? _____
 Cuando fue su última cita dental? _____
 Que fue lo que le hicieron en su última cita dental? _____

Porfavor anote a todos los miembros de la familia inmediata :

Nombre:	Relación al Paciente:	Fecha de Nacimiento:	Fecha de Ultima Cita Dental
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

IV. Contacto De Emergencia (Amigo o Familiar que no vive con usted)

Nombre: _____ # de Telefono _____

Para que nosotros podamos cobrar a su seguridad directamente, por favor firme.

YO E RECIVIDO LAS DIRECCIONES COMO OBTENER ACCESO A LAS REGLAS DE H.I.P.P.A. AVISO EN LA PAGINA: WWW.THEVISTADENTIST.COM

Yo autorizo que mi seguridad le mande los pagos a Santa Fe Dental Group de los beneficios que yo tengo. Yo entiendo que yo soy responsable de todas las finanzas que mi seguridad no autoricé. Yo autorizo el cuidado de mi dental y liberación de información relacionada con este reclamo.

_____ (Firma del Paciente)

HISTORIA DE SALUD

Nombre del Paciente: _____ Edad: _____ # de Expediente: _____ Fecha: _____

1. ¿El paciente tiene buen estado de salud? Si No Si no, explique _____
2. Nombre de su médico: _____ Teléfono: _____
¿Está actualmente bajo atención Médica? Si No Si si, explique _____
3. ¿Toma medicamento bajo receta o sin ella, o para control de la natalidad?..... Si No
Si si, Escriba el nombre de los medicamentos: _____
4. ¿Esta embarazada? Si No.. Si si, ¿Cuantos meses? _____ ¿Está dando lactar?..... Si No
5. ¿Ha tomado medicamento para adelgazar? (por ejemplo PhenFen)..... Si No
6. ¿Ha tenido alguna vez transfusiones de sangre?..... Si No
7. ¿fuma? Si No ¿Consume tabaco? Si No ¿Consume drogas recreativas?..... Si No
8. ¿Consume alcohol? Si No Si si, ¿Con que frecuencia? _____
9. ¿Ha tenido alguna vez una reacción alérgica a la anestesia local (por ejemplo Novocaína)..... Si No
10. ¿Tiene alergia a algún medicamento? (Por ejemplo penicilina)?..... Si No
11. ¿ Ha tenido alguna vez reacciones en la piel por metales o joyas?..... Si No
12. ¿Tiene alergia al látex?..... Si No
13. ¿Ha tenido sangrado prolongado después de una lastimadura o extracción?..... Si No
14. ¿Tiene marcapasos o válvula artificial del corazón?..... Si No
15. ¿Tiene antecedentes familiares de diabetes, soplo o problemas de corazón/tumores cancerosos?..... Si No
16. ¿Cuándo mastica siente sonidos de estallido o chasquido en la mandíbula? (ATM)..... Si No
17. ¿Está conforme con el aspecto de su sonrisa? Si No
Si no, explique _____
18. ¿Para hablar de que asunto desea ver hoy al dentista?
 Dolor de muelas Cirugía oral Prótesis parciales o totales Odontología estética
 problemas de encías Control de rutina Extracción de muela del juicio Coronas o puentes
 Frenos Segunda opinión Reemplazo de dientes faltantes Otros _____
19. ¿Le faltan algunos dientes? Si No Si si ¿Tiene algún trabajo dental postizo?..... Si No
¿De qué tipo? _____ Año de fabricación? _____ ¿Se siente cómodo?..... Si No
20. Marque cada casilla (Si o No) si el paciente ha tenido las siguientes enfermedades o afecciones. No deje casillas en blanco.

S N	S N	S N	S N
<input type="checkbox"/> VIH-SIDA	<input type="checkbox"/> Alergias	<input type="checkbox"/> Anemia	<input type="checkbox"/> Angina
<input type="checkbox"/> Artritis	<input type="checkbox"/> Articulación artificial	<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Trastornos de sangrado
<input type="checkbox"/> Cáncer	<input type="checkbox"/> Quimioterapia	<input type="checkbox"/> Herpes labial	<input type="checkbox"/> Diabetes
<input type="checkbox"/> Mareos	<input type="checkbox"/> Enfisema	<input type="checkbox"/> Epilepsia	<input type="checkbox"/> Trastorno emocional
<input type="checkbox"/> Desmayo	<input type="checkbox"/> Herpes Febril (fuegos)	<input type="checkbox"/> Glaucoma	<input type="checkbox"/> Ataque del corazón
<input type="checkbox"/> Puente coronario	<input type="checkbox"/> Soplo Cardiaco	<input type="checkbox"/> Problemas de corazón	<input type="checkbox"/> Cirugías del corazón
<input type="checkbox"/> Hepatitis	<input type="checkbox"/> Presión arterial alta	<input type="checkbox"/> VIH positivo	<input type="checkbox"/> Inmunosupresión
<input type="checkbox"/> Ictericia	<input type="checkbox"/> Enfermedad renal	<input type="checkbox"/> Problemas hepáticos	<input type="checkbox"/> Presión arterial baja
<input type="checkbox"/> Enfermedad pulmonar	<input type="checkbox"/> Trastorno nervioso o mental	<input type="checkbox"/> Tratamiento psiquiátrico	<input type="checkbox"/> Cáncer radioterapia
<input type="checkbox"/> fiebre reumática	<input type="checkbox"/> Sinusitis	<input type="checkbox"/> Apoplejía	<input type="checkbox"/> Problemas del tiroides
<input type="checkbox"/> Tuberculosis	<input type="checkbox"/> Enfermedad Venérea		
21. ¿Ha tenido enfermedad, mal o cirugía grave, afección o problema no indicados anteriormente? Si No explique _____
22. ¿Se le ha administrado bisfosfonatos intravenosos u orales los últimos 5 años? Si No Explique _____

A mi real saber y entender, he dado respuestas completas y exactas a cada pregunta. Informare a mi dentista de cualquier cambio en mi salud y/o medicación. Además, hago constar que doy mi consentimiento para la realización de radiografías y exámenes orales.

Firma del paciente o persona responsable si el paciente es menor _____

Fecha _____

Para uso medico solamente	
Revisada por: _____	Fecha _____
Fecha de revisión de historia clínica _____	Comentarios: _____
Firma del paciente _____	Firma del Medico: _____