



Bienvenidos a A+ Dental!

Fecha: ____ / ____ / ____

Gracias por escoger nuestra oficina para sus servicios dentales!

Para poder servirles mejor necesitamos la informacion siguiente. *Esta informacion es confidencial.*

Nombre del Paciente: _____
(Apellido) (Primero) (Segundo)

Seguro Social : ____ - ____ - ____ Sexo: M / F

Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____

Informacion de la Persona Responsable:

Nombre del Padre de Paciente: _____
(Apellido) (Primero) (Segundo)

Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____

Relacion a Paciente: _____

Direccion: _____

Ciudad: _____ Estado: ____ Codigo Postal: _____

#de Licencia: _____ Estado: _____

de Telefono: (____) _____

de Celular: (____) _____

de Trabajo: (____) _____

Correo Electronico: _____ @ _____

de Emergencia: (____) _____

Empleador: _____

Occupacion: _____

de Anos Empleado: _____

Cual es la razon de su visita? _____

A quien podemos darle las gracias por referirlo/(a) a nuestra oficina? _____

Al mejor de me conocimiento, todas las respuestas anteriores son correctas. Si en algun momento deberia algo cambiar notificare a la oficina.

(Firma) _____

Para poder hacer un examen completo, radiografias pueden ser necesarias. Yo doy el consentimiento paraque puedan tomar radiografias.

(Firma) _____

Por favor indice si cree estar o esta embarazada

Tiempo de embarazo: ____ semanas

Nombre del Paciente: _____

Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____



Historia Medica

*** Es muy importante que cada una de las condiciones médicas deben ser reveladas. Ciertos medicamentos y condiciones médicas pueden afectar cómo el tratamiento dental que es planificado. Si no son reveladas puede plantear graves riesgos para usted o la salud de su hijo.**

¿Esta usted o su hijo bajo el cuidado de un doctor medico? Si / No

Nombre y direccion del doctor: _____

Telefono del doctor: (_____) _____

¿Si usted es mujer, hay un posibilidad que usted este embarazada?

¿Si la respuesta es si, cuanto tiempo? _____ semanas

Marque cualquiera de las siguientes condiciones, que usted y su hijo tienen o han tenido en el pasado:

** Por favor revele TODA la información **

- Visita(s) del hospital en el pasado:
Razon: _____ Fecha(s) _____
- Cirugía(s):
Razon: _____ Fecha(s) _____
- Medicamento(s) * *Incluyendo suplementos herbales*
Nombre(s) y dosis : _____
- Alergias a cualquier Medicación, Materiales, o Alimentos:
Por favor indique: _____
- Condiciones o Desórdenes Médicas / Mentales / del Desarrollo
Por favor indique: _____
 - Enfermedad cardíaca/defectos (soplo, ataque al corazón, trastornos de la válvula, cirugías del corazón, etc)
 - Defectos congénitos del corazón (VSD, prolapso de la Válvula Mitral, etc)
 - Presión sanguínea alta (hipertensión)
 - Fiebre reumática, enfermedad cardíaca reumática
 - Latidos cardíacos irregulares(s)
 - Ronquidos, sueño Apnea, respiración de la boca, tener náuseas excesivo
 - Asma: frecuencia de síntomas: _____
Hospitalizados por ataques de asma? Y / N Fecha(s): _____
 - Fibrosis Quística
 - Otras infecciones respiratorias (bronquitis, COPD, tuberculosis, enfermedad reactiva de la vía aérea, etc)
 - Toses frecuentes, pulmonía o enfermedad
 - Diabetes: ___ **Tipo I (IDDM)** o ___ **Tipo II (non-IDDM)**
 - Sangre/trastornos de sangrado (Enfermedad de células falciformes/rasgo, anemias, trastornos de la coagulación, hemofilia)
 - Anticoagulantes / terapia anticoagulante (Aspirina, Warfarina, etc)
 - Transfusiones de sangre o productos sanguíneos (Amicar, etc)
 - Trastornos del desarrollo, problemas de aprendizaje/retrasos, discapacidad intelectual
 - ADHD/ADD
 - El autismo y trastorno del espectro autista (Asperger, autismo, etc)
 - Trastornos emocionales o psiquiátricos (esquizofrenia, depresión, ansiedad, etc)
 - Síndromes o Condiciones del Desarrollo (Abajo, DiGeorge, Williams, etc.)
 - Convulsiones, epilepsia, trastorno de crisis: * frecuencia de las convulsions: _____
 - Parálisis cerebral, lesión cerebral traumática, etc.
 - Enfermedad hepática, Hepatitis, ictericia
 - Úlceras, reflujo gastroesofágico, reflujo ácido, problemas intestinales
 - Enfermedad de Chron o Celíaco, alergia al gluten
 - Riñón o desórdenes/Enfermedad de la vejiga
 - Trastornos del sistema inmune o supresión (VIH, SIDA, prolongado uso de esteroides, etc)
 - Tiroides o desórdenes pituitarias
 - Cáncer, tumor(es), malignidad, quimioterapia, terapia de la radiación, trasplante de médula ósea, trasplante del órgano
 - Cualquier otra condición médica no mencionados anteriormente: _____
- Por favor proporcione descripciones a respuestas positivas anteriores: _____

A lo mejor de mi conocimiento, todas las condiciones médicas, medicamentos, más allá de cirugías/hospitalizaciones han sido revelados. Entiendo que la información completa sobre alguna condición médica es extremadamente importante para minimizar cualquier riesgo de resultados adversos, así como el diagnóstico y tratamiento de cualquier condición bucal/dental. Notificaré a la oficina si hay cambios en la historia, o cambios en los medicamentos de mi o mi hijo/a en la próxima cita.

(Firma) _____ Fecha: ____ / ____ / ____



Aviso de Privacidad del Paciente

ESTE AVISO DESCRIBE COMO PUEDE UTILIZAR Y DIVULGARSE LA INFORMACION DE SU SALUD SOBRE USTED Y COMO PUEDE OBTENER USTED ACCESO A ESTA INFORMACION. FAVOR DE LEERLO CUIDADOSAMENTE, CONSIDERAMOS IMPORTANTE LA PRIVACIDAD DE SU INFORMACION DE SALUD.

Por ley, es requerido proveer el aviso de la privacidad del paciente. Este aviso describe como su historial medico puede ser usado por nuestra oficina. Tambien le explica como puede optener acceso a su historial medico.

Como Paciente Tiene Derecho a:

- Revisar su informacion.
- Corregir su informacion.
- Que su informacion sea restringida.
- Que su informacion sea confidencial.
- Reportar divulgaciones de su informacion.
- Recibir una copia de este aviso.

Queremos asegurarnos que su informacion medica esta segura por nosotros. Este aviso de Privacidad al Paciente contiene informacion confidencial.

Reconocimiento De Aviso a la Privacidad del Paciente

Reconosco que he revisado el aviso a la privacidad del paciente, yo entiendo que la oficina me informara si hay cambios sobre este aviso. Por cualquier razon si llega hacer modificado o cambiado en cualquier forma yo resivire una copia.

Nombre del Paciente

Firma del Paciente/Padre Legal

____/____/_____
Fecha