

# AFFINITY DENTAL CENTER

## Bienvenido

Fecha: \_\_\_\_\_

ID/DL # \_\_\_\_\_

SS# \_\_\_\_\_

### Información del Paciente *(CONFIDENCIAL)*

Celular \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Correo Electronico \_\_\_\_\_

Marque la casilla que corresponda:  Menor  Soltero(a)  Casado(a)

Empleador del paciente \_\_\_\_\_ Teléfono del Empleador: \_\_\_\_\_

Dirección del Empleador \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Persona a llamar en caso de emergencia \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

### *Persona responsable*

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

ID/DL # \_\_\_\_\_ SS# \_\_\_\_\_ Parentesco \_\_\_\_\_

Empleador del paciente \_\_\_\_\_ Teléfono del Empleador: \_\_\_\_\_

Dirección del Empleador \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

### Información de Referencia

¿Le fuimos recomendados por uno de nuestros pacientes?  Si  No

En caso afirmativo ¿A quién debemos agradecer? \_\_\_\_\_

En caso Negativo ¿Cómo nos encontró? \_\_\_\_\_

### *Reconocimiento de HIPPA*

He leído y me han ofrecido una copia del Aviso de Practicas de Privacidad.

Firma \_\_\_\_\_ Escriba El Nombre \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

## Historia Medica del Paciente

Médico \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_ Fecha de la Ultima Visita \_\_\_\_\_

	Si	No		Si	No
1. ¿Está ahora bajo tratamiento medico?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5. ¿Tiene alergias o ha tenido una reacción a:.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Ha sido alguna vez hospitalizado(a) para.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anestesia local (ej.: Novocaína).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Está tomando alguna(s) medicina(s) incluso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Penicilina o otros Antibióticos?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
las compradas sin recéta médica?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Codeína?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En caso afirmativo cuales?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Aspirina?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Ha tomado alguna vez antibióticos antes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otra(s)? ej.: Huelo Latex?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
de su tratamiento dental?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6. Mujeres solamente:		
4a. ¿Ha tomando alguna vez phenphen?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(a) ¿Está o cree estar embarazada.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			(b) ¿Está amamantando a su bebé.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			(c) ¿Está tomando píldoras anticonceptivas?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ¿Padece usted o ha padecido alguna(s) de las siguientes?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Si	No		Si	No
Enfermedad del Corazon.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Reemplazo o implante.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Marcapasis cardiacos.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fiebre reumatica.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soplo Cardiacos.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Asma.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Angina de pecho.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tuberculosis.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Terapia de cumarina.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Desmayos/Marcos.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alta presion sanguinea.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Epilesia/Convulsiones.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Flujo ilatado de sangre.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabetes.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anemia.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problema de tiroides.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apoplejfa.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cancer.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Hepatitis/ictericia.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			SIDA o Infección HIV.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Enfermedad transmitida		
			sexualmente.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Otros.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Historia Dental del Paciente

	Si	No		Si	No
1. ¿Le sangran las encias al cepiliarse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6. ¿Demora en hacerle efecto la anestesia?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O limpiarse con seda dental?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7. ¿Le atemorizan los tratamientos dentales?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Son sensibles sus dientes a los	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8. ¿Le interesaria la anestesia total?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
líquidos o alimentos calientes frios.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9. ¿Tendría enterés en el blanqueo de sus dientes?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Siente dolor en algunos de	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10. ¿Le agrada la apariencia de sus dientes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sus dientes?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	o de su sonrisa?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Ha experimentado algunos de los	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(a) En caso negativo favor de explicar:		
siguientes problemas en su					
mandibula inferior 2:					
(a) ¿Aprieta o hace rechinar sus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
dientes?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

## Autorización y Permiso

Certifico que he leído y comprendido según mi mejor conocimiento la información que se detalla anteriormente. He contestado correctamente todas las preguntas correspondientes. Entiendo que si he dad alguna información incorrecta podría ser algo peligroso para mi salud. Autorizo al dentista a suministrar a otras personas ya sean pagadores y/o especialista medicó cualquier información incluso el diagnóstico y los registros de cualquier tratamiento o examen que se me haya dado o que se haya dado a mi hijo(a) durante el periodo del cuidado dental. Autorizo y solicito a mi compania de seguros que abone directamente al dentista o clínica dental los beneficios que me correspondan. Entiendo que ningún otro dentista ni Affinity Dental Center son responsables por mi tratamiento dental. Por la presente doy mi consentimiento para que se me efectúe el tratamiento necesario recomendado.

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente o Padre/Madre si el Paciente es menor de edad

\_\_\_\_\_  
Doctor/Firma/Fecha