

# Durfee Family Dentistry

Bienvenidos

## INFORMACION SOBRE EL PACIENTE (CONFIDENCIAL)

Nombre \_\_\_\_\_ Apeido \_\_\_\_\_ Inisial \_\_\_\_\_

Numero de SS \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Sexo:  M  F Edad \_\_\_\_\_

Telefono de casa (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Celular: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Lic. De manejar # \_\_\_\_\_

Si es estudiante, \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_  Tiempo completo  Tiempo Parcial  
Nombre de la escuela

Direccion: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Codigo postal: \_\_\_\_\_

Marque uno:  Menor  Soltero  Casado  Divorciado  Viudo  Separado

## PERSONA RESPONSABLE

Empleador del Paciente o Padre/Tutor: \_\_\_\_\_ Telefono del trabajo: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Direccion \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Codigo postal: \_\_\_\_\_

Nombre del Esposo/a: \_\_\_\_\_ Empleador: \_\_\_\_\_ Telefono: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Como escucharon acerca de nuestra oficina \_\_\_\_\_

En caso de emergencia, a quien le podemos notificar: \_\_\_\_\_ Telefono (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Nombre de la persona responsable por esta cuenta: \_\_\_\_\_ Relacion al paciente: \_\_\_\_\_

Direccion: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Codigo postal: \_\_\_\_\_

Telefono (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Celular (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Tel del trabajo (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Num de SS \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Lic. De manejar # \_\_\_\_\_

Es la persona responsable un paciente en nuestra oficina ahora  Si  No

## INFORMACION SOBRE EL SEGURO DENTAL

Nombre del asegurado: \_\_\_\_\_ Parentesco al paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ parentesco al paciente: \_\_\_\_\_

Tiene usted otro tipo de cobertura dental:  Si  No

Tiene usted MEDI-CAL o otro tipo de cobertura del gobierno  Si  No

Numero del Med-Cal: \_\_\_\_\_

## AVISO DE PROTECCION AL PACIENTE PROTECCION

La privacidad de la salud de nuestros pacientes es importante para nosotros. Al firmar, entiendo que esta oficina no dara ninguna informacion de mi Historia medico o' Dental a ninguna persona, sin mi consentimiento

Firma del Paciente/Padre/Tutor: \_\_\_\_\_ Firma del Dr, \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

## AUTORISACION

Yo certifico que he leído y entiendo la información de arriba a lo mejor de mi conocimiento. He contestado todas las preguntas exactamente. Yo entiendo que información inexacta puede ser peligroso para mi salud. Yo autorizo al dentista para proveer cualquier información (incluyendo diagnosticos y los archivos del examen o tratamiento para mi o mi niño durante el periodo de cualquier cuidado dental) a según contra tercera persona y/o otros profesionales de salud. Yo autorizo a la compañía de seguros a pagarle directamente al dentista o grupo dental los beneficios que hubieran sido pagados a mi. Yo entiendo que la compañía de seguros puede pagar menos del total. Estoy de acuerdo que soy responsable de pagar todos los servicios prestado a favor de mi o mis dependientes.

X \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

X \_\_\_\_\_

Firma del paciente ( o Firme del padre o tutor )

Fecha

Dr. Signature

## HISTORIA MEDICA DEL PACIENTE

1. Tiene o ha tenido algunas de las condiciones siguientes? (Porfavor circule Si O No)

- |   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Presion alta _____             | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Enfermedad Cardiaca _____                  | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Dolor del pecho _____            | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| <input type="checkbox"/> Ataque cardiaco _____          | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Marcapasos Cardiaco _____                  | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Falta de aliento _____           | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| <input type="checkbox"/> Fiebre reumatica _____         | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Murmullo o Soplo en el corazon _____       | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Ataques de paaralasis _____      | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| <input type="checkbox"/> Tobillos hinchados _____       | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Angina _____                               | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Fiebre del heno / alergias _____ | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| <input type="checkbox"/> Desmayos / ataques _____       | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Cansamiento con frecuencia _____           | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Tuberculosis _____               | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| <input type="checkbox"/> Asma _____                     | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Anemia _____                               | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Terapia de radiacion _____       | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| <input type="checkbox"/> Presion baja _____             | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Emfisema _____                             | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Glaucoma _____                   | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| <input type="checkbox"/> Epilepsia / convulsiones _____ | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Cancer _____                               | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Receiente perdida de peso _____  | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| <input type="checkbox"/> Leucemia _____                 | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Artritis _____                             | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Enfermedad del higado _____      | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| <input type="checkbox"/> Diabetes _____                 | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Remplazo de articulacion o implantes _____ | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Problema cardiaco _____          | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad del rinon _____     | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Hepatitis / Ictericia _____                | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Problemas respiratorios _____    | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| <input type="checkbox"/> SIDA o infeccion por HIV _____ | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Emfermedades veneeria _____                | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Prolapso de valvula mitral _____ | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| <input type="checkbox"/> Tiroidez _____                 | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Problema del estomago / ulceras _____      | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> ALGUN OTRO PROBLEMA _____        | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |

2. Durante los ultimos 5 anos, ha sido hospitalizado/a \_\_\_\_\_  Si  No  
por una operacion o enfermedad seria ( Si es asi,  
esplique por favor) \_\_\_\_\_

3. Esta ahora bajo tratamiento medico? \_\_\_\_\_  Si  No

4. Esta tomando alguna droga medicina (resetada o no)? \_\_\_\_\_  Si  No  
Si es asi, que esta tomando \_\_\_\_\_

5. Ha tomado alguna vez Phen-Fen / Redux? \_\_\_\_\_  Si  No

6. Usa Ud. Tobaaco? \_\_\_\_\_  Si  No

7. Usa Ud. Drogas ilicitas? \_\_\_\_\_  Si  No

8. Usa Ud. Lentes de contacto? \_\_\_\_\_  Si  No

10a (Mujeres) esta embarazada? \_\_\_\_\_  Si  No

10b (Mujeres) esta amamantando? \_\_\_\_\_  Si  No

10c (Mujeres) esta tomando anticonceptivos? \_\_\_\_\_  Si  No

11. Tiene marcaaos cardiaco  
o ha tenido cirugia del corazon \_\_\_\_\_  Si  No

12. Es Ud. Alergico o ha tenido una reaccion a estas substancias?

Anestecia local (eg. Novacaina) \_\_\_\_\_  Si  No

Penicilina o otros antibioticos \_\_\_\_\_  Si  No

Sulfamidas \_\_\_\_\_  Si  No

Barbituricos \_\_\_\_\_  Si  No

Sedantes/ \_\_\_\_\_  Si  No

Yodo \_\_\_\_\_  Si  No

Aspirina \_\_\_\_\_  Si  No

Algunos metales (eg. Nickel, mercury etc. \_\_\_\_\_  Si  No

Latex o productos de hule \_\_\_\_\_  Si  No

Tetracyclina \_\_\_\_\_  Si  No

Codeina \_\_\_\_\_  Si  No

13. Otros ( favor de nombrar )

Tiene alguna enfermedad, condicion o problema que tengamos que saber.  
\_\_\_\_\_

NOMBRE Y TEL., DE SU MEDICO \_\_\_\_\_

Fecha del ultimo examen: \_\_\_\_\_

15. Ha tenido algunos de los problemas siguiente, con la quijada?

Ruido en la quijada \_\_\_\_\_  Si  No

Dolor \_\_\_\_\_  Si  No

Dificultad en abrir o cerrar la boca \_\_\_\_\_  Si  No

Dificultad al masticar \_\_\_\_\_  Si  No

16. Ha sangrado prolongadamente  
despues de una extraccion \_\_\_\_\_  Si  No

17. Ha tenodo tratamiento por un ortodontista (frenos) \_\_\_\_\_  Si  No

18. Tiene Us. Dentadura postiza o parciales \_\_\_\_\_  Si  No

Si es asi? Cual fue la fecha de colocacion \_\_\_\_\_

19. Ha arecibido instrucciones higienicas sobre  
el cuidado de los dientes y las encias \_\_\_\_\_  Si  No

20. Le gusta su sonrisa \_\_\_\_\_  Si  No

21. Alguna vez ha sido pre-medicado con antibioticos  
para su tratamiento dental \_\_\_\_\_  Si  No

## HISTORIA DENTAL DEL PACIENTE

Nombre del ultimo dentista \_\_\_\_\_

1. Por que esta aqui hoy \_\_Revision \_\_Limpieza \_\_Dolor \_\_Otra causa

2. Cual fue el ultimo tratamiento practicado \_\_\_\_\_

3. Cuando fue la ultima vez que le tomaron Rayo-X dentales? \_\_\_\_\_

4. Completaron el ultimo tratamiento \_\_\_\_\_  Si  No

5. Sangran las encias cuando se cepilla o usa hilo dental \_\_\_\_\_  Si  No

6. Sus dientes son sensibles a lo caliente o frio \_\_\_\_\_  Si  No

7. Sus dientes son sensibles a lo dulce \_\_\_\_\_  Si  No

8. Siente dolor en aluno de sus dientes \_\_\_\_\_  Si  No

9. Tiene bultos o lagas adentro o cerca de la boca \_\_\_\_\_  Si  No

10. Ha tenido heridas a la cabeza, cuello, o quijada \_\_\_\_\_  Si  No

11. Tiene Dolores de Cabeza con frecuencia \_\_\_\_\_  Si  No

12. Aprieta o rechina sus dientes \_\_\_\_\_  Si  No

13. Se muerde los labios o las mejillas con frecuencia \_\_\_\_\_  Si  No

14. Ha tenido extracciones dificiles en el pasado \_\_\_\_\_  Si  No

## CONSENTIMIENTO

Yo autorizo que el dentista (s) asistido por otros dentistas o auxiliares dentales se su preferencia para desempenar en mi o mi hijo(a) cualquier trabajo necesario como, Rayos-X modelos de estudio fotografias o cualaquier otro procedimiento que le pueda asistir para diagnosticar apropiadamente. Yo estoy consiente que los materiales usados mas frecuentemene en la restauracion de mis dientes, son amalgama ( aloide y mercurio) cemento de oinomer, resin cemento de ionomer. Porcelana (ceramica) Porcelana (metalica) aloides de oro, cada material tiene sus ventajas y desventajas, beneficios y riesgos. Yo e tenido la oportunidad de revisar la informacion de materiales dentales.

X \_\_\_\_\_  
Firma del paciente ( o Firme del padre o tutor )

Fecha \_\_\_\_\_

X \_\_\_\_\_  
Dr. Signature

**1<sup>st</sup>** DECLARO QUE LA INFORMACION QUE PROPORCIONE ARRIBA ES CORRECTA Y COMPLETA

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

(Si paciente es menor de edad, Incluya el nombre en letras de molde y la firma del padre o tutor legal)

**2<sup>nd</sup>** ACTUALIZACION - A partir de su ultima cita

1. Ha visto a un medico? \_\_\_\_\_  Si  No

2. Ha cambiado alguno de sus medicamentos? \_\_\_\_\_  Si  No

3. Ha habido un cambio en cuanto a sus padecimientos?

o ha tenido cirugia? \_\_\_\_\_  Si  No

Si es asi, por favor explique: \_\_\_\_\_

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

Firma de doctor: \_\_\_\_\_

**3<sup>rd</sup>** ACTUALIZACION - A partir de su ultima cita

1. Ha visto a un medico? \_\_\_\_\_  Si  No

2. Ha cambiado alguno de sus medicamentos? \_\_\_\_\_  Si  No

3. Ha habido un cambio en cuanto a sus padecimientos?

o ha tenido cirugia? \_\_\_\_\_  Si  No

Si es asi, por favor explique: \_\_\_\_\_

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

Firma de doctor: \_\_\_\_\_