



D. Georgina Garcia, D.M.D. , P.A.

GENERAL DENTISTRY

407 Lincoln Road · Suite 8A · Miami Beach, Florida 33139 · 305-538-208

NOMBRE \_\_\_\_\_ Apellido Nombre \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_

No. SEGURO SOCIAL \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_ SEXO \_\_\_\_\_ ESTATURA \_\_\_\_\_ PESO \_\_\_\_\_

DIRECCION \_\_\_\_\_ Número y calle Ciudad Estado No. Postal

TELEFONO CASA: \_\_\_\_\_ TEL. EMPLEO: \_\_\_\_\_ CELULAR: \_\_\_\_\_

CORREO ELECTRONICO: \_\_\_\_\_ LUGAR DE EMPLEO: \_\_\_\_\_ OCUPACION \_\_\_\_\_

DIRECCION EMPLEO: \_\_\_\_\_

PARIENTE MAS CERCANO \_\_\_\_\_ RELACION \_\_\_\_\_ TELEFONO \_\_\_\_\_

SI ESTA LLENANDO ESTA APLICACION POR EL PACIENTE, CUAL ES SU PARENTESCO? \_\_\_\_\_

REFERIDO POR: \_\_\_\_\_ PERSONA RESPONSABLE POR LA CUENTA \_\_\_\_\_

TIENE SEGURO DENTAL? SI  NO  NOMBRE DE LA COMPAÑIA ASEGURADORA \_\_\_\_\_

No. DE POLIZA \_\_\_\_\_ No. DE GRUPO \_\_\_\_\_ POLIZA A NOMBRE DE \_\_\_\_\_

SI EL ASEGURADO NO ES EL PACIENTE, FAVOR INDICAR LA SIGUIENTE INFORMACION DEL ASEGURADO:

FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_ SEGURO SOCIAL \_\_\_\_\_ EMPLEADOR: \_\_\_\_\_

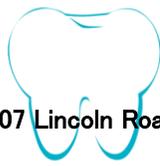
**HISTORIA DENTAL**

- 1. Usted rechina sus dientes? .....  SI  NO
2. Ha estado bajo el cuidado de algún dentista?..  SI  NO
3. Le han extraído algún diente? .....  SI  NO
4. Hubo alguna complicación? .....  SI  NO
5. Le duele algún diente? .....  SI  NO
6. Tiene las encías sensibles o hinchadas?.....  SI  NO
7. Le sangran las encías cuando se cepilla?.....  SI  NO
8. Retiene Ud. comida entre los dientes?.....  SI  NO
9. Tiene algún diente flojo?.....  SI  NO
10. Se pone nervioso cuando va al dentista?.....  SI  NO
11. Ha tenido alguna mala experiencia dental o problema? Si la respuesta es afirmativa, por favor explique: SI  NO 
12. Qué problema dental tiene usted ahora? \_\_\_\_\_
13. Ha tenido alguna reacción alérgica a algún medicamento recetado por un dentista y cuál? \_\_\_\_\_ SI  NO

**HISTORIA MEDICA**

Las respuestas a las siguientes preguntas son para nuestra información solamente y serán consideradas confidenciales.

- 1. Se encuentra Ud. bien de salud? .....  SI  NO
2. Hubo algún cambio en el estado general de su salud en el pasado año? .....  SI  NO
3. Mi último examen físico fue en \_\_\_\_\_
4. Está bajo cuidado médico? .....  SI  NO
5. El nombre y número teléfono de mi médico es: \_\_\_\_\_
6. Ha tenido alguna enfermedad u operación? .....  SI  NO
7. Ha estado hospitalizado o ha tenido alguna enfermedad seria durante los últimos 5 años?...  SI  NO Si indicó si en el No. 6 y 7, explique: \_\_\_\_\_
8. Sufre de dolor en el pecho cuando se esfuerza?  SI  NO
9. Le falta el aire después de hacer ejercicios livianos? .....  SI  NO
10. Se le hinchan los tobillos? .....  SI  NO
11. Le falta la respiración cuando se acuesta o requiere almohadas adicionales cuando duerme?.....  SI  NO
12. Alguna vez le ha dicho que tiene un soplo en el corazón? .....  SI  NO
13. Tiene un marcapaso cardiaco? .....  SI  NO
14. Tiene Ud. o ha sufrido de algunas de las siguientes enfermedades o problemas? .....  SI  NO
a. Tiene alguna válvula dañada o tiene una válvula artificial en el corazón?.....  SI  NO
b. Lesiones congénitas del corazón?.....  SI  NO
c. Enfermedad cardiovascular?.....  SI  NO (Problemas de corazón, ataque cardiaco, presión alta insuficiencia coronaria, arteriosclerosis, embolismo)
d. Fiebre reumática? .....  SI  NO
e. Alergia? .....  SI  NO
f. Sinusitis? .....  SI  NO
g. Asma o fiebre del heno? .....  SI  NO
h. Urticaria o salpullido? .....  SI  NO
i. Desmayos o convulsiones? .....  SI  NO
j. Diabetes? .....  SI  NO



# D. Georgina Garcia, D.M.D. , P.A.

GENERAL DENTISTRY

407 Lincoln Road · Suite 8A · Miami Beach, Florida 33139 · 305-538-208

SI NO

SI NO

- k. Tiene hepatitis, ictericia o alguna enfermedad del hígado?
  - l. Artritis?
  - m. Reumatismo inflamatorio? (coyunturas dolorosas o hinchadas)
  - n. Ulceras estomacales?
  - o. Problemas del riñón?
  - p. Tuberculosis?
  - q. Tiene tos persistente, escupe sangre?
  - r. Sufre de presión baja?
  - s. Enfermedad venérea?
  - t. Alguna otro padecimiento?
- Si indico si, explique: \_\_\_\_\_

- 15. Ha tenido sangramiento anormal asociado con extracciones previas, cirugías o traumas?
  - 16. Se magulla facilmente?
  - 17. Alguna vez ha necesitado una transfusión de sangre?
- Si indico si, explique las circunstancias \_\_\_\_\_

- 18. Padece de algún problema en la sangre, tal como anemia?
- 19. Ha tenido cirugía o tratamiento de Rayos X para un tumor, crecimiento o alguna otra condición de su cabeza o cuello?
- 20. Esta Ud. empleado en un lugar donde se expone con regularidad a Rayos X u otro tipo de radiación?
- 21. Esta Ud. usando lentes de contacto?
- 22. Usted fuma?

23. Ha tenido alguna reacción alérgica o es alérgico a:
- a. Anestesia local?
  - b. Penicilina u otros antibióticos?
  - c. Sulfa?
  - d. Barbitúricos, sedantes o píldoras para dormir?
  - e. Aspirina?
  - f. Yodo?
  - g. Codeína u otros narcóticos?
  - h. Otros?

24. Cuales de las siguientes medicinas esta tomando:
- a. Antibióticos o sulfa?
  - b. Anticoagulantes para licuar la sangre?
  - c. Medicina para la presión alta?
  - d. Cortisona o Esteroides?
  - e. Tranquilizantes?
  - f. Antihistamínicos?
  - g. Aspirina?
  - h. Insulina o drogas para la diabetes?
  - i. Digitales o drogas para problemas del corazón?
  - j. Nitroglicerina?
  - k. Anticonceptivos orales u otra terapia hormonal?
  - l. Medicina para la osteoporosis tales como Boniva, Actonel, Fosamax, Zometa, Aredia ?...
  - m. Otras: \_\_\_\_\_

**MUJERES**

- 25. Esta embarazada o podría estarlo?
- 26. Cuando fue SU ultima menstruación?
- 27. Tiene algún problema con su menstruación?
- 28. Esta lactando?

Es de suma importancia que Ud. avise al dentista y sus auxiliares que lo están tratando si Ud. tiene alguna enfermedad o condición no indicada arriba que Ud. piense que debemos saber para que se adopten precauciones adicionales para proteger su salud.

Mi firma indica que he leído todo lo arriba descrito y que entiendo completamente todas las preguntas.

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente

\_\_\_\_\_  
No. Licencia de Conducir

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del Dentista

\_\_\_\_\_  
Fecha

### ***Consentimiento para Tratamiento***

Este consentimiento es para verificar que yo, el abajo firmante, de esta manera autorizo a la Dra. D. Georgina Garcia a realizar cualquier tipo de examen, operación o tratamiento que se considere necesario, y a utilizar el anestésico local indicado y que la historia médica que he completado esta correcta.

En ciertas ocasiones algunas reacciones o complicaciones severas, inesperadas e inusuales pueden ocurrir pero consideramos que sería impráctico y hasta confuso describirle al paciente en detalle todo lo que pudiera ocurrir durante o después del tratamiento. Su doctora está consciente de dichos riesgos y cree que las indicaciones y los beneficios del tratamiento sobrepasan los posibles riesgos del procedimiento. Si tiene alguna consulta, por favor siéntase libre de hacerla antes que comience el tratamiento.

**Seguro dental:** Para evitar malentendidos con respecto a su seguro queremos hacerle saber a nuestros pacientes que todos los servicios llevados a cabo por la doctora serán cobrados directamente al paciente y que el paciente es responsable por el pago de los honorarios. El personal de esta oficina preparara los formularios y reportes necesarios para ayudar al paciente a obtener los beneficios de su compañía de seguros, luego de recibir el pago completo (o en algunos casos, parcial) de su saldo. No prestamos servicios basándonos en que la compañía de seguros paga completamente por los honorarios. Cada pago es individual para cada uno de los pacientes.

Mi firma indica que he leído lo arriba descrito y que comprendí completamente el cuestionario anterior.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del dentista

\_\_\_\_\_  
Fecha

