

Email:

Fecha de hoy:

Como lo requiere la ley, nuestra oficina se adhiere a las políticas y a los procedimientos escritos para proteger la privacidad de la información que creamos, que recibimos o que mantenemos sobre usted. Sus respuestas son para nuestros registros solamente y se mantendrán en forma confidencial de acuerdo a las leyes vigentes. Por favor, advierta que se le harán algunas preguntas sobre sus respuestas a este cuestionario y que pueden hacerle preguntas adicionales respecto a su salud. Esta información es vital y nos permitirá entregarle una atención apropiada. Esta oficina no usará estos datos para hacer discriminaciones.

Nombre:		Teléfono de Casa: <i>Incluya código del área</i>		Teléfono de Oficina/Celular: <i>Incluya código del área</i>	
<i>Apellido</i>	<i>Nombre</i>	<i>2o Nombre</i>	(   )	(   )	
Dirección:		Ciudad:	Estado:	Código postal:	
<i>Dirección postal</i>					
Ocupación:	Altura:	Peso:	Fecha de nacimiento:	Sexo:	M   F   O
SS# o ID del Paciente:	Contacto en Emergencias:	Parentesco:	Teléfono: <i>Incluya código del área</i>	Teléfono celular: <i>Incluya código del área</i>	
<i>Innecesario</i>			(   )	(   )	
Si usted está llenando este formulario para otra persona, qué parentesco tiene con esa persona?					
<i>Su Nombre</i>		<i>Parentesco</i>			
<b>Tiene alguna de estas enfermedades o problemas:</b>		<i>(Marque NS si usted No Sabe la respuesta a esta pregunta)</i>		<b>Sí</b>	<b>No NS</b>
Tuberculosis activa .....				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tos persistente de más de 3 semanas de duración .....				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tos que produce sangre .....				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ha estado en contacto con alguien que tiene tuberculosis.....				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Si su respuesta es Sí a cualquiera de estos 4 problemas, por favor deténgase y devuelva este formulario a la recepcionista.</b>					

Información Dental

En las preguntas siguientes haga el favor de marcar su respuesta con una (X) donde corresponda.

<b>Sí</b>	<b>No</b>	<b>NS</b>	
Le sangran las encías cuando se cepilla o cuando usa seda dental? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le duelen los dientes con el frío, calor, con los dulces o al presionar?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le quedan alimentos o seda dental atrapados entre los dientes?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sufre de boca seca? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ha tenido algún tratamiento periodontal (de la encía)?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ha tenido tratamientos de ortodoncia (con aparatos)? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ha tenido algún problema asociado con un tratamiento dental anterior?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Está fluorada el agua que llega a su casa? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bebe usted agua embotellada o filtrada? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si es así, con qué frecuencia? <i>Marque su respuesta con un círculo:</i> A DIARIO / SEMANALMENTE / OCASIONALMENTE			
Tiene dolor o molestias dentales en este momento?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cuál es el motivo de su visita al dentista hoy?			
Cómo se siente con su sonrisa?			

<b>Sí</b>	<b>No</b>	<b>NS</b>	
Sufre de dolor de oídos o del cuello? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tiene algún ruido, salto o molestia en la mandíbula? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tiene bruxismo o hace rechinar los dientes? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tiene lesiones o úlceras en su boca? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Usa dentaduras (placas) completas o parciales? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Participa en actividades enérgicas de recreación? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ha sufrido alguna lesión grave en la cabeza o en la boca? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fecha de su último examen dental:			
Qué le hicieron en esa ocasión?			
Fecha de su última radiografía dental:			

Información Médica

Haga el favor de marcar su respuesta con una (X) para indicar si tiene o ha tenido alguna de las siguientes enfermedades o problemas.

<b>Sí</b>	<b>No</b>	<b>NS</b>	
Se encuentra ahora bajo el cuidado de un médico? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Médico:	Teléfono: <i>Incluya código del área</i>		
<i>Nombre</i>	(   )		
Dirección/Ciudad/Estado/Código:			
Se encuentra usted sano/a? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ha habido algún cambio en su salud general durante el último año? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si es así, qué condición le están tratando?			
Fecha de su último examen médico:			

<b>Sí</b>	<b>No</b>	<b>NS</b>	
Ha tenido alguna enfermedad grave, operación o ha sido hospitalizado/a en los últimos 5 años? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si es así, cuál fue la enfermedad o el problema?			
Está tomando o ha tomado recientemente algún medicamento recetado o sin receta? .....			
<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/>			
Sí es así, por favor indique cuáles son, incluyendo vitaminas, preparados naturales o a base de hierbas y/o suplementos dietéticos:			
<hr/>			
<hr/>			
<hr/>			
<hr/>			

Información Médica

Haga el favor de marcar su respuesta con una (X) para indicar si tiene o ha tenido alguna de las siguientes enfermedades o problemas.

<b>(Marque NS si usted No Sabe la respuesta a esta pregunta)</b>		<b>Sí No NS</b>	
Usa lentes de contacto?.....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Articulaciones Artificiales.</b> Ha tenido algún reemplazo ortopédico total de una articulación (cadera, rodilla, codo, dedo)? .....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fecha: ..... Si es así, ha tenido alguna complicación? .....			
Está tomando o tiene que empezar a tomar un agente antirresortivo (como Fosamax®, Actonel®, Atelvia, Boniva®, Reclast, Prolia) debido a osteoporosis o a enfermedad de Paget? .....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Desde el año 2001, ha sido tratado/a o está actualmente en lista para comenzar tratamiento con un agente antirresortivo (como Aredia®, Zometa®, XGEVA) para dolor óseo, hipercalcemia o complicaciones esqueléticas derivadas de la enfermedad de Paget, mieloma múltiple o cáncer metastásico? .....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fecha del comienzo del Tratamiento: .....			
<b>Alergias.</b> Es usted alérgico – o ha tenido alguna reacción – a: En todas las respuestas <b>afirmativas</b> , especifique el tipo de reacción.		<b>Sí No NS</b>	
Anestésicos locales .....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aspirina .....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Penicilina u otros antibióticos .....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Barbituratos, sedativos o pastillas para dormir .....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sulfas .....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Codeína u otros narcóticos .....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Por favor marque con una (X) su respuesta para indicar si usted ha tenido o no ha tenido algunas de estas enfermedades o problemas.</b>			
<b>Sí No NS</b>		<b>Sí No NS</b>	<b>Sí No NS</b>
Válvula cardíaca artificial (prótesis) .....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Previa endocarditis infecciosa .....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Válvulas dañadas en corazón transplantado .....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedad cardíaca congénita (ECC)			
ECC cianótica, sin reparar .....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reparada en los últimos 6 meses (completamente) .....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ECC reparada con defectos residuales .....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aparte de las condiciones en la lista de arriba, ya no se recomienda realizar una profilaxis antibiótica para ninguna otra forma de ECC.			
<b>Sí No NS</b>		<b>Sí No NS</b>	<b>Sí No NS</b>
Enfermedad cardiovascular .....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Angina .....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arterioesclerosis .....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Insuficiencia cardíaca congestiva .....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Daño en las válvulas cardíacas ...		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infarto del miocardio .....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soplo en el corazón .....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Presión arterial baja .....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Presión arterial alta .....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otros defectos congénitos del corazón .....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prolapso de la válvula mitral .....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Marcapasos .....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fiebre reumática .....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedad cardíaca reumática .....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sangramiento anormal .....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anemia .....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Transfusión sanguínea .....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si es así, fecha: .....			
Hemofilia .....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SIDA o infección por VIH .....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Artritis .....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedad autoinmune .....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Artritis reumatoidea .....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lupus eritematoso sistémico .....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asma .....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bronquitis .....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfisema .....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sinusitis .....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tuberculosis .....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cáncer/Quimioterapia/ Radioterapia .....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolores de pecho por esfuerzo .....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolor crónico .....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes Tipo I o II .....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trastornos de alimentación .....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Malnutrición .....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedad gastrointestinal .....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reflujo G.E./ardor persistente ..		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Úlceras .....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alteraciones de la tiroides .....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Derrame cerebral .....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Glaucoma .....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hepatitis, ictericia o enfermedad hepática .....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Epilepsia .....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Desmayos o ataques epilépticos ..		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alteraciones neurológicas .....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si es así, especifique: .....			
Alteraciones del sueño .....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Usted ronca? .....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alteraciones mentales .....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Especifique: .....			
Infecciones recurrentes .....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tipo de infección: .....			
Alteraciones renales .....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sudor nocturno .....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Osteoporosis .....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inflamación persistente de los ganglios del cuello .....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cefaleas graves/jaquecas .....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pérdida de peso severa o rápida ..		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedades venéreas .....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Orina en forma excesiva .....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le ha recomendado algún médico o su dentista anterior que tome antibióticos antes de su tratamiento dental? .....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nombre del médico o del dentista que se lo recomendó: .....		Teléfono: Incluya código del área ( ) .....	
Tiene alguna enfermedad, condición o problema que no figure más arriba y que cree que yo debería saber? .....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Explique por favor: .....			

**NOTA: Se encarece tanto al doctor como al paciente que discutan detalladamente todos los aspectos relevantes de la salud del paciente antes del tratamiento.**  
Certifico que he leído y comprendido lo que aparece más arriba y que la información entregada en este formulario es exacta. Comprendo la importancia de que la historia de salud sea fidedigna y de que mi dentista y su personal puedan confiar en ella para realizar mi tratamiento. Reconozco que todas mis dudas sobre las preguntas de este formulario han sido respondidas satisfactoriamente. Yo no responsabilizaré a mi dentista ni a ningún miembro de su personal por las acciones que puedan tomar debido a los errores o a las omisiones que yo haya podido cometer al completar este formulario.

Firma del Paciente/Apoderado: Fecha:

Firma del proveedor.: Fecha:

A SER COMPLETADO POR EL ODONTÓLOGO/A

Comentarios:

Pharmacy Name/Location:



## Formulario de Consentimiento del Paciente para el Cumplimiento de HIPAA

Nuestro Aviso de prácticas de privacidad proporciona información sobre cómo podemos usar o divulgar información de salud protegida.

El aviso contiene una sección de derechos del paciente que describe sus derechos según la ley. Puedes comprobar con tu firma que Hemos revisado nuestro aviso antes de firmar este consentimiento.

Los términos del aviso pueden cambiar, de ser así, se le notificará en su próxima visita para actualizar su firma/fecha. Usted tiene derecho a restringir cómo se utiliza y divulgar su información médica protegida para tratamiento, pago o atención médicas. No estamos obligados a aceptar esta restricción, pero si lo hacemos, respetaremos este acuerdo. La HIPAA (Salud La ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de 1996 permite el uso de la información para tratamiento, pago o atención médica.

### Al firmar este formulario, entiendo que:

- La información de salud protegida puede ser divulgada o utilizada para tratamiento, pago u operaciones de atención médica.
- La práctica se reserva el derecho de cambiar la política de privacidad según lo permita la ley.
- La práctica tiene el derecho de restringir el uso de la información, pero no tiene que aceptar esas restricciones.
- El paciente tiene derecho a revocar este consentimiento por escrito en cualquier momento y entonces cesarán todas las divulgaciones completas.
- La práctica puede condicionar la recepción del tratamiento a la ejecución de este consentimiento.

¿Podemos llamarlo, enviarle un correo electrónico o enviar un mensaje de texto para confirmar las citas?	<b>SÍ</b>	<b>NO</b>
¿Podemos dejarle un mensaje en el contestador de su casa o en su celular?	<b>SÍ</b>	<b>NO</b>
¿Podemos hablar de su condición médica con algún miembro de su familia?	<b>SÍ</b>	<b>NO</b>

En caso afirmativo, nombre los miembros permitidos:

---

---

Nombre en letra de imprenta: \_\_\_\_\_

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

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

## CONSENTIMIENTO FINANCIERO INFORMADO DEL PACIENTE

Reconozco y acepto: El médico me ha explicado todos los riesgos, beneficios y opciones alternativas con respecto a mi tratamiento. Tengo la opción de seleccionar beneficios cubiertos o servicios dentales mejorados, mejorados o no cubiertos disponibles. El gasto de bolsillo estimado. Los costos para el paciente de cada opción me han sido explicados completamente. He solicitado los servicios anteriores y acepto que estoy financieramente responsable de los costos del paciente por todos los servicios dentales proporcionados. Esta es sólo una estimación. Como tal estimación o Es posible que mi compañía de beneficios dentales no respete la autorización previa al presentar el reclamo. Soy financieramente responsable de todos los servicios dentales. Servicios prestados. También soy financieramente responsable de los honorarios reales y los cargos de laboratorio por el tratamiento iniciado y no completado por mí, si es aplicable.

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

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



1422 W. Camelback Rd.  
Phoenix, AZ 85013  
602-462-5700

## Política de Cancelación de Citas

Nos esforzamos por brindarle a usted y al resto de nuestros pacientes una excelente atención dental. En un intento de ser consistente con esto, tenemos un **Política de Cancelación de Citas** que nos permite programar citas para todos los pacientes. Cuando se programa una cita, ese tiempo se ha reservado para usted y cuando se pierde, ese tiempo no se puede utilizar para tratar a otro paciente.

### Nuestra política es la siguiente:

- Requerimos que usted dé a nuestra oficina **48 horas** aviso en caso de que necesite reprogramar su cita. **Entendemos que surgen cosas inesperadas, sin embargo, le agradecemos que nos informe antes de su cita por teléfono, correo de voz, correo electrónico o chat de Google.**

Esto permite programar a otros pacientes en esa cita.

- Si pierde una cita sin comunicarse con nuestra oficina dentro del tiempo requerido, esto se considera una cita perdida.
- Si un paciente llega más de 20 minutos tarde sin previo aviso a una cita programada, la consideraremos una cita perdida.
- Si tienes **frecuentemente** citas perdidas en nuestra oficina, es posible que lo despidan de nuestra práctica.

Si tiene alguna pregunta sobre esta política, comuníquese a nuestro personal y estaremos encantados de aclarar cualquier pregunta que tenga.

Le agradecemos su patrocinio.

Yo, \_\_\_\_\_ (nombre en letra de molde), he leído y entiendo la Política de Cancelación de Citas de la práctica y aceptó estar sujeto a sus términos. También entiendo y acepto que dichos términos pueden ser modificados de vez en cuando por la práctica.

---

Firma

---

Fecha