

Formulario para la Historia de Salud

ADA American Dental Association®

America's leading advocate for oral health

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

Información Dental

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

Sí	No	NS	Sí	No	NS		
Le sangran las encías cuando se cepilla o cuando usa seda dental?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sufre de dolor de oídos o del cuello?.....	<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"/>	Tiene algún ruido, salto o molestia en la mandíbula?.....	<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"/>	Tiene bruxismo o hace rechinar los dientes?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sufre de boca seca?.....	<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"/>
Ha tenido algún tratamiento periodontal (de la encía)?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Usa dentaduras (placas) completas o parciales?.....	<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"/>	Participa en actividades enérgicas de recreación?.....	<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"/>	Ha sufrido alguna lesión grave en la cabeza o en la boca?.....	<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"/>	Fecha de su último examen dental:			
Bebe usted agua embotellada o filtrada?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Qué le hicieron en esa ocasión?			
Si es así, con qué frecuencia? <i>Marque su respuesta con un círculo:</i> A DIARIO / SEMANALMENTE / OCASIONALMENTE				Fecha de su última radiografía dental:			
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?							

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.

Sí	No	NS	Sí	No	NS		
Se encuentra ahora bajo el cuidado de un médico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	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"/>
Médico: <i>Nombre</i>	Teléfono: <i>Incluya código del área</i> ()		Si es así, cuál fue la enfermedad o el problema?				
Dirección/Ciudad/Estado/Código:			Está tomando o ha tomado recientemente algún medicamento recetado o sin receta?.....				
Se encuentra usted sano/a?	<input type="checkbox"/>	<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:			
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:							

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.

(Marque NS si usted No Sabe la respuesta a esta pregunta)		Sí	No	NS	Sí	No	NS			
Uso lentes de contacto?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Uso sustancias reguladas (drogas)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Articulaciones Artificiales. Ha tenido algún reemplazo ortopédico total de una articulación (cadera, rodilla, codo, dedo)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Uso tabaco (fumado, aspirado/rapé, masticado, en bidis)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Fecha: _____ Si es así, ha tenido alguna complicación? _____				Si es así, le interesaría dejar de hacerlo? _____						
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"/>	<input type="checkbox"/>	Bebe bebidas alcohólicas?	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	Si es así, cuánto alcohol bebió en las últimas 24 horas? _____			
Fecha del comienzo del Tratamiento: _____							Si es así, cuánto bebe por lo general en una semana? _____			
SÓLO MUJERES Está usted:										
Embarazada?				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Número de semanas: _____										
Tomando píldoras anticonceptivas o de sustitución hormonal?				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Amamantando? _____				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Alergias. Es usted alérgico – o ha tenido alguna reacción – a:										
En todas las respuestas afirmativas , especifique el tipo de reacción.										
Anestésicos locales				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sí	No	NS	
Aspirina				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Metales			
Penicilina u otros antibióticos				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Látex (goma)			
Barbituratos, sedativos o pastillas para dormir				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Yodo			
Sulfas				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Polen (fiebre del heno)/estacional			
Codeína u otros narcóticos				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Animales			
							Alimentos			
							Otros			
Por favor marque con una (X) su respuesta para indicar si usted ha tenido o no ha tenido algunas de estas enfermedades o problemas.										
Sí										
Válvula cardíaca artificial (prótesis)				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sí	No	NS	
Previa endocarditis infecciosa				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad autoinmune	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Válvulas dañadas en corazón transplantado				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Artritis reumatoidea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedad cardíaca congénita (ECC)							Lupus eritematoso sistémico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ECC cianótica, sin reparar				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reparada en los últimos 6 meses (completamente)				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bronquitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ECC reparada con defectos residuales				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfisema	<input type="checkbox"/>	<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.										
Sí										
Enfermedad cardiovascular				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sí	No	NS	
Angina				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Prolapso de la válvula mitral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arterioesclerosis				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Marcas posos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Insuficiencia cardíaca congestiva				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fiebre reumática	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Daño en las válvulas cardíacas				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad cardíaca reumática	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infarto del miocardio				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sangramiento anormal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soplo en el corazón				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Presión arterial baja				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Transfusión sanguínea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Presión arterial alta				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si es así, fecha: _____			
Otros defectos congénitos del corazón				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hemofilia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
							SIDA o infección por VIH	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
							Artritis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le ha recomendado algún médico o su dentista anterior que tome antibióticos antes de su tratamiento dental?										
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?										
Explique por favor:										

NOTA: Se encarezca 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 responsabilizare 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: _____



CAMELBACK DENTAL CARE

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? SÍ NO
¿Podemos dejarle un mensaje en el contestador de su casa o en su celular? SÍ NO
¿Podemos hablar de su condición médica con algún miembro de su familia? SÍ NO

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: _____



CAMELBACK DENTAL CARE

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