

# ¡BIENVENIDO!

Los beneficios de una sonrisa saludable son incalculables. Nuestra meta es ayudarle y llegar a mantener la máxima salud

oral. Por favor llene estos formularios completamente. Comunicandonos mejor le brindaremos mayor ayuda.

## 1 INFORMACIÓN PERSONAL

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

Nombre: \_\_\_\_\_  
APILLO NOMBRE SE SÍM. SÍM. DE

Prefero que me llamen: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: / / Edad: SS #: \_\_\_\_\_  
NÚMERO DE SEGURO SOCIAL

Dirección: \_\_\_\_\_  
CALLE NO. APT.

CUIDAD ESTADO ZIP

Soltero(a)  Casado(a)  Divorciado(a)  Viudo(a)  Separado(a)

Tel. Casa: \_\_\_\_\_ Otro No.: \_\_\_\_\_

Tel. Trabajo: \_\_\_\_\_ Ext. \_\_\_\_\_ No. Lic.: \_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_

Dirección del Empleador: \_\_\_\_\_

¿Por cuánto tiempo? \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_

¿Dónde y cuándo será el mejor tiempo para llamarle por teléfono? \_\_\_\_\_

¿Quién le ha referido? \_\_\_\_\_

Otros parientes que nos visitan: \_\_\_\_\_

Su Dentista Previa / Presente: \_\_\_\_\_  
Marque con un Círculo

Fecha de la Última Cita: \_\_\_\_\_

## 2 INFORMACIÓN DE SU CÓNYUGE

Su Nombre: \_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_

Tel. Trabajo: \_\_\_\_\_ Ext. \_\_\_\_\_ SS #: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ No. Lic.: \_\_\_\_\_

Persona Responsable de esta Cuenta: \_\_\_\_\_

Tel. Trabajo: \_\_\_\_\_ Ext. \_\_\_\_\_ No. Lic.: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Parentesco: \_\_\_\_\_ SS #: \_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_ No. Lic.: \_\_\_\_\_

## 3 SEGURO DENTAL

### Seguro Dental Primario

Agencia de Seguro: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

No. Teléfono: \_\_\_\_\_

No. de Póliza: \_\_\_\_\_

De Lo Asegurado Nombre: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ SS #: \_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_

### Seguro Dental Secundario

Agencia de Seguro: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

No. Teléfono: \_\_\_\_\_

No. de Póliza: \_\_\_\_\_

De Lo Asegurado Nombre: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ SS #: \_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_

**En caso de emergencia,  
por favor notifique esta persona**

Nombre: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_

Tel. Trabajo: \_\_\_\_\_ Tel. Casa: \_\_\_\_\_

## 4 HISTORIA MEDICAL

¿Tiene Usted un médico personal?  Si  No

Nombre del médico: \_\_\_\_\_

No. de Teléfono: \_\_\_\_\_ Fecha de última cita: \_\_\_\_\_

VOLTE LA HOJA

**4**

**HISTORIA MEDICAL** *continued*

¿Su salud física actual es:  Excelente  Normal  Mala

¿Está Usted actualmente bajo los cuidados de algún médico?  No  Sí

Por favor, explique \_\_\_\_\_

¿Toma Usted alguna medicina con / sin prescripción médica?  No  Sí

Por favor, registre cada una \_\_\_\_\_

**Mujeres** ¿Toma Usted píldoras anticonceptivas?  No  Sí

¿Está Usted embarazada?  No  Sí No. de semana \_\_\_\_\_

¿Está Usted amamantando al bebé?  No  Sí

**¿Ha sufrido de algunos problemas médicos o alguna de las enfermedades siguientes?**

- |  |   |
|--|---|
| No Si Infarto / Trombosis Cerebral           | No Si Problemas Siquiátricos              |
| No Si Cáncer / Quimioterapia                 | No Si Epilepsia / Convulsiones / Desmayos |
| No Si Murmullo del Corazón                   | No Si Diabetes / Tuberculosis             |
| No Si Fiebre Reumática                       | No Si Abuso de Drogas / Alcohol           |
| No Si SIDA                                   | No Si Enfermedad Venérea                  |
| No Si Cirugía del Corazón / Marca Paso       | No Si Hemofilia / Sangrado Anormalmente   |
| No Si Enfermedad de la Piel                  | No Si Úlceras / Colitis                   |
| No Si Deficiencia de Válvula Mitral          | No Si Defecto Congenital del Corazón      |
| No Si Problemas del Riñón(es)                | No Si Anemia / Tratamientos con Radiación |
| No Si Huesos Artificiales                    | No Si Asma / Artritis                     |
| No Si Artificiales Válvulas                  | No Si Dificultades Respiratorias          |
| No Si Problemas Nasales                      | No Si Hospitalizado por Cualquier Razón   |
| No Si Alta / Baja Presión Arterial           | No Si Hepatitis                           |
| No Si Ampollas en los Labios                 | No Si Transfusión de Sangre               |
| No Si Fuertes / Frecuentes Dolores de Cabeza | No Si Enfisema / Glaucoma                 |

Por favor, registre todas las condiciones médicas que haya tenido \_\_\_\_\_

**¿Tiene Usted alergias contra cada de las drogas siguientes?**

- |                    |                            |             |
|--------------------|----------------------------|-------------|
| No Si Penicilina   | No Si Tetraciclina         | No Si Latex |
| No Si Aspirina     | No Si Anestésicos Dentales | No Si Otros |
| No Si Erytromicina | No Si Codeína (Codeine)    |             |

Por favor, anote cualquier otra droga a la cual Usted tenga una reacción alérgica: \_\_\_\_\_

**5**

**HISTORIA DENTAL**

¿Por qué ha venido a nuestra oficina hoy? \_\_\_\_\_

¿Tiene algún dolor?  No  Sí ¿Jamás ha tenido Usted problemas serios asociados con previo trabajo dental?  No  Sí

¿Tiene Usted ahora, o ha sufrido de dolor / incomodidad en la coyuntura de su mandíbula alguna vez?  No  Sí

Ahora su salud dental es  Excelente  Normal  Mala

¿Le gusta su sonrisa?  No  Sí ¿Jamás sangra la encía?  No  Sí

¿Cuántas veces usa Usted hilo dental cada semana? \_\_\_\_\_

¿Cuántas veces se cepilla los dientes cada día? \_\_\_\_\_

¿Tipo de cepillo de dientes?  Duro  Mediano  Suave



Yo entiendo que esta información es correcta. También entiendo que esta información quedará bajo la mayor reserva y será mi responsabilidad informar a su oficina de cualquier cambio en mi salud médica. Yo autorizo al personal de esta oficina ejecutar los servicios dentales que sean necesarios durante el diagnóstico y tratamiento, pero con mi consentimiento.

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_  
**Deberá pagar su cuenta en el día del tratamiento o en el día posterior al mismo.**



! Muchas gracias por llenar este formulario completamente. Nos facilitará ayudarlo a Usted efectivamente. Si Usted tiene alguna pregunta, favor, hagala. Nos gustaría ayudarlo.

**Nuestra oficina está comprometida a cumplir o exceder las regulaciones establecidas de control de infecciones ordenadas por el OSHA, el CDC, o el ADA.**

**USO OFICIAL USO OFICIAL USO OFICIAL USO OFICIAL USO OFICIAL USO OFICIAL**

Yo he repasado la información médica / dental verbalmente con el(la) paciente nombrado(a) Iniciales \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**Comentarios del Dentista:** \_\_\_\_\_

**CAMBIOS EN LA HISTORIA MEDICA**

1. Fecha \_\_\_\_\_ Comentarios \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_
2. Fecha \_\_\_\_\_ Comentarios \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_
3. Fecha \_\_\_\_\_ Comentarios \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

**Asunción del riesgo y exención de responsabilidad en relación con  
Coronavirus (COVID-19)**

La Clínica Dental NuLife, Dra. MaryKaren Matt, DDS ha implementado medidas preventivas para reducir la propagación de COVID-19, sin embargo, el consultorio no puede garantizar que usted o su (s) hijo (s) no se infecten con el virus COVID-19.

Al firmar el acuerdo, reconozco la naturaleza altamente contagiosa de COVID-19 y asumo voluntariamente el riesgo de que mi hijo (a) y yo podamos estar expuestos o infectados por COVID-19 al acudir a un consultorio dental y dicha exposición o infección puede provocar lesiones personales, enfermedades, discapacidad permanente y, en casos extremos, la muerte. Entiendo que el riesgo de exposición o infección por COVID-19 puede ser el resultado de acciones, omisiones o negligencia de mí y de otros, incluidos, entre otros, MaryKaren Matt, DDS (NuLife Dental Clinic) o empleados y que incluso las medidas de precaución tomadas por MaryKaren Matt (NuLife Dental Clinic) pueden no ser suficientes para detener el virus.

Acepto voluntariamente asumir todos los riesgos anteriores y acepto la responsabilidad exclusiva de cualquier lesión a mi (s) hijo (s) o a mí mismo (incluidas, entre otras, lesiones personales, discapacidad y muerte) enfermedades críticas, daños, pérdidas, reclamos, responsabilidades o gastos, de cualquier tipo, que yo o mis hijos podamos experimentar o incurrir en relación con mi trabajo dental. En mi nombre, y en nombre de mis hijos, dejo en libertad, me comprometo a no demandar, dar de alta y eximir de responsabilidad a MaryKaren Matt, DDS (NuLife Dental Clinic), a sus empleados, agentes y representantes, de y de las Reclamaciones, incluidas todas responsabilidades, reclamos, acciones, daños, costos o gastos de cualquier tipo que surjan o estén relacionados con ellos. Entiendo y acepto que esta versión incluye cualquier reclamo basado en las acciones, omisiones o negligencia de MaryKaren Matt, DDS (NuLife Dental Clinic), sus empleados, agentes y representantes, ya sea que ocurra una infección COVID-19 antes, durante o después de participar en cualquier trabajo dental.

Firma del paciente

Fecha

Escriba el nombre del paciente en letra de imprenta

Nombre impreso del personal dental

---

---

# Forma de Detección

Nombre del Paciente:

	CITA PREVIA	EN LA CITA
	Fecha:	Fecha:
¿Tiene fiebre o se ha sentido con algo de temperatura (en los últimos 14 – 21) días?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Ha tenido falta de aire o dificultad para respirar?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Tiene tos?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Ha tenido otros síntomas como de gripe? ¿Molestias gastrointestinales, dolor de cabeza o fatiga?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Recientemente ha tenido pérdida del olfato o del gusto?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Tiene contacto con algún paciente diagnosticado con COVID-19? <i>Pacientes que están bien de salud pero viven con alguien que tiene COVID – 19 deben considerar posponer su cita.</i>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Es mayor de 60 años?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Padece de alguna enfermedad cardíaca, enfermedad pulmonar, enfermedad renal, diabetes o trastorno autoinmune?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿En los últimos 14 días ha viajado a regiones afectadas con COVID-19? (Relevante a su ubicación)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Contestar "Sí" a cualquiera de estas preguntas, indicará una discusión más profunda con su dentista antes de poder proceder con un tratamiento electivo.

- Para análisis, consulte la lista de [State and Territorial Health Department Websites](#) para información en su área específica.