

## **BIENVENIDOS A NUESTRA PRÁCTICA**

Nuestra práctica se enorgullece de nuestra odontología y de la relación con nuestros pacientes que creen en una atención de calidad centrada en el paciente. Nuestra misión es brindarle servicios dentales asequibles de primera calidad en el momento en que más lo necesite. Desde la primera cita, intentamos establecer una comunicación abierta y establecer una relación de confianza al mismo tiempo que brindamos atención dental eficiente y asequible. La cooperación del paciente es un elemento clave en la prestación de una atención dental asequible de primer nivel. Para maximizar su experiencia en nuestra oficina, le pedimos que siga unas cuantas políticas de oficina. ¡Esperamos poder atender las necesidades dentales de usted y su familia durante muchos años!

- 1.) Si no puede asistir a su cita, llame con 24 horas de anticipación. Después de **3interrumpidas**, citarnos reservamos el derecho de no reprogramarte en el futuro.
- 2.) No se permiten alimentos ni bebidas en la oficina en ningún momento.
- 3.) Para evitar la interrupción en la atención al paciente, le pedimos que **apague los teléfonos celulares** en las salas de tratamiento.
- 4.) Para garantizar la confidencialidad del paciente, permanezca sentado en las salas de tratamiento durante las citas.
- 5.) No se permitirá el uso de lenguaje profano o ruidoso o perturbador dentro de los límites de nuestro edificio o en las instalaciones.
- 6.) Si creemos que un procedimiento debe rehacerse dentro del primer año y no está relacionado con ningún trauma, lo haremos sin costo alguno para el paciente o el seguro del paciente.
- 7.) No aceptamos cheques. La tarifa debe pagarse en efectivo o de otra manera que Emergent-Dent esté aceptando al momento del tratamiento.
- 8.) Debido a la naturaleza de nuestro negocio, a veces tenemos emergencias que se deben ver junto con las citas programadas; por lo tanto, los pacientes son frecuentemente llamados fuera de orden. Apreciamos su comprensión en este asunto.
- 9.) Si tiene una tarjeta de Medicaid para el embarazo, la odontología no está cubierta después de que ya no está embarazada.
- 10.) Para eliminar las interrupciones entre el médico y la atención del paciente, no se permite a nadie en la sala de tratamiento con el paciente.
- 11.) Los niños serán vistos, si no son cooperativos pueden ser referidos a un especialista.
- 12.) Para NUEVOS PACIENTES
  - A.) Los mayores de 18 años deben traer una identificación con foto.
  - B.) Los pacientes de Medicaid mayores de 21 años deben pagar un copago de \$ 3.00.
  - C.) Todos los pacientes deben llegar 15 minutos antes para completar el papeleo.

D.) Una tarjeta actual de Medicaid o una tarjeta de seguro debe ser tratada. Sin tarjeta significa sin tratamiento.

E.) Traiga todas las radiografías y otra información de dentistas y proveedores médicos anteriores, incluida la lista de recetas.

13.) Los pacientes deben permanecer dentro de la oficina mientras esperan ser tratados.

14.) Niños (17 años y menores deben tener un adulto en el edificio en todo momento y el adulto debe permanecer en el vestíbulo durante el tratamiento. El adulto debe ser un padre o tutor legal. **No somos responsables de los niños desatendidos. Un padre o madre El tutor debe firmar los formularios de consentimiento antes del tratamiento y proporcionar la documentación legal de los mismos.**

15.) Por favor, use el baño antes de ser llamado para el tratamiento.

16.) Es posible que le solicitemos que firme una hoja de "registro" en el lobby y que lo llamemos en voz alta cuando la suite de tratamiento esté lista.

Firma del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ M Inicial: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_ M \_\_ F Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_  
Teléfono de Casa: \_\_\_\_\_ Cell Teléfono / Buscador: \_\_\_\_\_

Método de contacto preferido:

- Teléfono
- Texto
- Correo electrónico
- Otro \_\_\_\_\_

Nombre del padre o tutor (si el paciente es menor de 18 años):  
\_\_\_\_\_

Lugar de empleo: \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_

Persona a la que se debe notificar en caso de emergencia: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

¿Cómo se enteró? ¿nuestra oficina?

- Familia / amigo
- guía telefónica
- de Internet
- Seguros PPO
- Drive-By
- Radio / comerciales
- Otro \_\_\_\_\_

**antecedentes médicos / Historia dental**

dentistas anteriores: \_\_\_\_\_ Last Visita Fecha \_\_\_\_\_

Razón para dejar el último dentista: \_\_\_\_\_

Médicos Nombre: \_\_\_\_\_ Phone: \_\_\_\_\_ Última visita: \_\_\_\_\_

¿Ha tenido alguna grave enfermedad u operaciones en los últimos cinco (5) años?

- Sí
- No

Si la "respuesta es sí", describa con detalle y indique las fechas:  
\_\_\_\_\_

***Autorización***

- He leído la Ley de Ley de Privacidad.
- Autorizo a mi seguro a pagarle al dentista o al grupo de dentistas todos los beneficios de seguro que de otra manera me serían pagaderos por los servicios prestados.
- Autorizo el uso de esta firma en todas las presentaciones de seguros.
- Autorizo al dentista a divulgar toda la información necesaria para garantizar el pago de los beneficios.

# AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

**Este aviso describe cómo se puede usar y divulgar su información de salud y cómo puede obtener acceso a esta información. Por favor revísalo con cuidado. La privacidad de su información de salud es importante para nosotros.**

---

Este aviso describe cómo podemos usar y divulgar su información médica protegida para proporcionar tratamiento, obtener pagos y realizar operaciones de atención médica para otros fines permitidos o exigidos por la ley. También describe sus derechos con respecto a su información médica protegida. La “información médica protegida” es información sobre usted, incluida la información demográfica que puede identificarlo y relacionarse con su condición de salud física o mental pasada, presente o futura y con los servicios de atención médica relacionados.

Estamos obligados por ley a seguir las prácticas descritas en este aviso. Podemos cambiar los términos de este aviso en cualquier momento, el nuevo aviso entrará en vigencia para toda la información de salud que mantenemos en ese momento, incluida la información de salud que creamos o recibimos antes de realizar los cambios.

Puede obtener una copia de nuestro aviso de prácticas de privacidad en cualquier momento llamando a nuestra oficina o solicitando una en su próxima cita.

---

## Usos y Divulgaciones de la Información de Salud

**Tratamiento de:** Usaremos y divulgaremos su información de salud para proporcionar, coordinar y administrar la atención médica y los servicios relacionados para usted. Por ejemplo, divulgaremos información a un especialista al que lo hayan remitido para asegurarnos de que el proveedor tenga suficiente información para diagnosticarlo o tratarlo. También podemos divulgar información a un laboratorio que, a solicitud nuestra, se involucre en su tratamiento.

**Pago:** Podemos usar y divulgar su información para obtener el pago por los servicios que le brindamos. Por ejemplo, le enviaremos la información necesaria a su compañía de seguro médico o dental para obtener el pago del tratamiento proporcionado.

**Operaciones de atención médica:** utilizaremos y divulgaremos su información médica para llevar a cabo las actividades comerciales de esta oficina. Estas actividades incluyen, entre otras, evaluación de la calidad y actividades de mejora, revisión del desempeño y calificaciones de los empleados, evaluación del desempeño de profesionales y proveedores, realización de

programas de capacitación, acreditaciones y actividades de certificación, licencia o acreditación.

Podemos usar una hoja de registro en el mostrador de registro donde se le pedirá que firme su nombre. También podemos llamar su nombre en la sala de espera cuando estemos listos para comenzar su tratamiento.

Compartiremos su información de salud protegida con socios comerciales que realizan funciones específicas para nuestra práctica, como la facturación. Cuando un acuerdo comercial de este tipo requiera el uso de su información, tendremos un contrato por escrito con el tercero para proteger la privacidad de su información de salud.

**Otras personas involucradas en su atención médica:** debemos divulgar su información médica a usted como se describe en la sección Derechos del paciente de este aviso. Podemos divulgar su información médica a un miembro de la familia u otra persona en la medida necesaria para ayudarlo con su atención médica o con el pago de su atención médica, pero solo si está de acuerdo. Si determinamos que es lo mejor para usted según nuestro criterio profesional o nuestra experiencia con prácticas comunes, podemos permitir que otra persona recoja recetas, suministros médicos, radiografías u otras formas de información de salud. Podemos usar o divulgar información médica protegida para notificar o ayudar a notificar a un miembro de la familia un representante personal o cualquier otra persona responsable de su cuidado de su ubicación, su estado general o su muerte. Si está presente antes del uso o divulgación de su información de salud protegida, le brindaremos la oportunidad de objetar dichos usos o divulgaciones. Finalmente, podemos usar o divulgar su información médica protegida a una entidad pública o privada autorizada para ayudar en los esfuerzos de socorro en casos de desastre y para coordinar los usos y divulgaciones a familiares u otras personas involucradas en su atención médica.

**Emergencias:** En el caso de su incapacidad o en circunstancias de emergencia, podemos usar o divulgar su información médica protegida para tratarlo.

**Usos y divulgaciones de información médica protegida según su autorización por escrito:** otros usos y divulgaciones de su información médica protegida se realizarán solo con sus autorizaciones por escrito, a menos que la ley permita o requiera lo contrario, según se describe a continuación. Puede revocar esta autorización, en cualquier momento, por escrito, excepto en la medida en que ya se haya tomado una acción en dependencia de la autorización.

---

Firma del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

## Autorización para la divulgación de información -compuesto de liberación

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Michael C. O'Brien, DDS PLLC DBA Capital Dental Arts & Dentures está autorizado a divulgar información médica protegida sobre el paciente mencionado anteriormente de la siguiente manera y / o personas seleccionadas.

Compruebe cada persona / entidad aprobada para recibir información. Verifique el tipo de información que se puede dar a la persona / entidad de

la izquierda en la misma sección.

<input type="checkbox"/> Correo de voz	<input type="checkbox"/> Resultados de las pruebas de laboratorio / r <input type="checkbox"/> Citas <input type="checkbox"/> Financieras
<input type="checkbox"/> Otra (s) persona (s) proporciona el nombre, la fecha de nacimiento y los números de teléfono) Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ Ph # _____	<input type="checkbox"/> financiera <input type="checkbox"/> médica <input type="checkbox"/> Cita
<input type="checkbox"/> Comunicación por correo electrónico: proporcione la dirección de correo electrónico * <b>*Para que ocurra la comunicación por correo electrónico , por favor acepte la divulgación a continuación:</b>	<input type="checkbox"/> financieras <input type="checkbox"/> médicas <input type="checkbox"/> Notificación de infracciones <input type="checkbox"/> Recordatorios de citas
<input type="checkbox"/> Comunicación de texto: proporcione el número * * Para que ocurra la comunicación de texto, acepte la divulgación que se encuentra a continuación por parte	<input type="checkbox"/> definanciera <input type="checkbox"/> la <input type="checkbox"/> Notificación de incumplimiento institución <input type="checkbox"/> Recordatorios de citas
<input type="checkbox"/> Foto del paciente recibido por el paciente o tutor legal <input type="checkbox"/> Foto tomada por el personal (Ejemplo de procedimiento anterior / posterior) <input type="checkbox"/> Otro _____	<input type="checkbox"/> Puede publicarse en el cargo <input type="checkbox"/> Puede ser publicado en el sitio web <input type="checkbox"/> Otro _____

**• Derechos del paciente:**

- Tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento al contactar a nuestra oficina.
- Puedo inspeccionar o copiar la información médica protegida que se divulgará como se describe en este documento. La revocación no es efectiva en los casos en que la información ya se ha divulgado, pero será efectiva en el futuro.
- La información utilizada o divulgada como resultado de esta autorización puede estar sujeta a una nueva divulgación por parte del destinatario y puede que ya no esté protegida por las leyes federales o estatales.
- Tengo derecho a negarme a firmar esta autorización y a que mi tratamiento no esté condicionado a la firma.

- Para la comunicación por correo electrónico y / o texto, entiendo que si la información no se envía de forma cifrada, existe el riesgo de que se pueda acceder de forma inadecuada. Sigo eligiendo recibir correo electrónico y / o comunicaciones de texto según lo seleccionado.

**Esta Autorización permanecerá vigente hasta que sea revocada por el paciente.**

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

\_\_\_\_\_ Firma del paciente o representante personal \* Descripción de la del representante personal autoridades (adjuntar la documentación necesaria)

## Autorización para divulgar Información de Salud

### Información del paciente:

Nombre del paciente \_\_\_\_\_ Fecha de Birth \_\_\_\_\_

Address \_\_\_\_\_

ciudad, estado, Zip \_\_\_\_\_ Ph # \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ puede liberar la siguiente información:

(nombre de la entidad) -Por favor imprimir

- todaRegistro
- de registros financieros
- la visitaOficina notas
- de marketing \*
- Los estudios de diagnóstico: \_\_\_\_\_
- Otros: \_\_\_\_\_
- Las notas de psicoterapia-Si esta casilla está marcada, solo las notas de psicoterapia pueden ser publicadas.

\* Se recibe compensación financiera por esta comunicación.

### Entidad de la persona que recibirá la información:

Nombre \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad, Estado, Código postal \_\_\_\_\_ Ph # \_\_\_\_\_

Envíe la información electrónicamente. Dirección de correo electrónico:

\_\_\_\_\_

- Para la **comunicación correo electrónico**, entiendo que si la información no se envía de forma cifrada, existe el riesgo de que se pueda acceder de forma inadecuada. Todavía elijo seguir adelante para permitir que ocurran las comunicaciones por correo electrónico.

**Esta autorización estará vigente hasta que la información se haya enviado según lo solicitado o hasta que se complete el tratamiento.**

### Derechos del paciente:

- Tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento al contactar a nuestra oficina.
- Puedo inspeccionar o copiar la información médica protegida que se divulgará como se describe en este documento. La
- revocación no es efectiva en los casos en que la información ya se ha divulgado, pero será efectiva en el futuro.
- La información utilizada o divulgada como resultado de esta autorización puede estar sujeta a una nueva divulgación por parte del destinatario y puede que ya no esté protegida por las leyes federales o estatales.
- Tengo derecho a negarme a firmar esta autorización y a que mi tratamiento no esté condicionado a la firma.
- Entiendo que la información divulgada puede incluir un diagnóstico de enfermedades transmisibles, como VIH o hepatitis.

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

**Firma del paciente o representante personal**

\_\_\_\_\_ Descripción de representación personal'sla (adjuntar la documentación necesaria)

# HISTORIA MÉDICA

**NOMBRE DEL PACIENTE** \_\_\_\_\_ **FECHA DE NACIMIENTO** \_\_\_\_\_

Aunque el personal dental trata principalmente el área dentro y alrededor de su boca, su boca es una parte de todo su cuerpo. Los problemas de salud que pueda tener, o los medicamentos que esté tomando, podrían tener una relación importante con la odontología que recibirá. Gracias por responder las siguientes preguntas.

**Por favor circule:**

- ¿Alguna vez ha sido hospitalizado o ha tenido una operación importante?  Si  No En caso afirmativo, explique: \_\_\_\_\_
- ¿Está bajo de un médico o el cuidado ahora?  Si  No En caso afirmativo, explique: \_\_\_\_\_
- ¿Alguna vez ha tenido una lesión grave en la cabeza o el cuello?  Si  No En caso afirmativo, explique: \_\_\_\_\_
- ¿Toma o ha tomado Phen-Fen o Redux?  Si  No En caso afirmativo, explique: \_\_\_\_\_
- ¿Ha tomado alguna vez Fosamax, Boniva, Actonel o algún otro?  Si  No En caso afirmativo, explique: \_\_\_\_\_
- otros medicamentos que contienen bifosfonatos?
- ¿Estás en una dieta especial?  Si  No En caso afirmativo, explique: \_\_\_\_\_
- ¿Usted consume tabaco?  Si  No En caso afirmativo, explique: \_\_\_\_\_
- ¿Utiliza sustancias controladas?  Si  No En caso afirmativo, explique: \_\_\_\_\_
- ¿Ha recibido alguna radiación en la cabeza o el cuello?  Si  No En caso afirmativo, explique: \_\_\_\_\_
- ¿Está tomando medicamentos anticoagulantes (Plavix, Coumadin, Eliquis, Xarelto, Warfarin)  Si  No en caso afirmativo, explique: \_\_\_\_\_
- ¿Es usted un sangrado gratuito?  Si  No En caso afirmativo, explique: \_\_\_\_\_
- ¿Tiene algún trastorno de la coagulación de la sangre, incluida la anemia, hemofilia, o coagulación intravascular diseminada o bajo recuento de plaquetas?  Si  No en caso afirmativo, explique: \_\_\_\_\_
- ¿Está tomando medicamentos, pastillas o medicamentos?  Sí  No En caso afirmativo, **indique la dosis / frecuencia / nombre / duración**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Mujeres: ¿Está usted:**

embarazada / tratando de quedar embarazada?  Si  No ¿Tomar anticonceptivos orales?  Si  No ¿Enfermería?  Si  No

**\*\* Los antibióticos pueden disminuir la efectividad o inactivar los anticonceptivos orales que resultan en embarazos no planeados**

**\*\* Tenga cuidado al tomar antibióticos \*\***

**¿Es alérgico a alguno de los siguientes? Por favor circule**

Aspirina      Penicilina      Codeína      Anestésicos Locales      de acrílico      metal      de látex

sulfamidias      Otro      caso afirmativo, explique: \_\_\_\_\_

**¿Tiene usted, o ha tenido, cualquiera de los siguientes? Por favor circule**

- |                                 |                             |                             |                         |                             |                             |                           |                             |                             |
|---------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-------------------------|-----------------------------|-----------------------------|---------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| SIDA / VIH positivo             | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | Enfermedad de la sangre | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | Convulsiones              | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| Alzheimer's Disease             | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | Transfusión de Sangre   | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | Diabetes                  | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| anafilaxia                      | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | respiración Problemas   | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | Adicción Drogas           | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| Anemia                          | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | Moretón con facilidad   | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | Fácilmente sinuoso        | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| Angina                          | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | Cáncer                  | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | Enfisema                  | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| Artritis / gota                 | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | Quimioterapia           | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | Epilepsia / Convulsiones  | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| Válvulas cardíacas artificiales | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | Dolores en el pecho     | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | Sangrado excesivo         | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| Articulación artificial         | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | Herpes labial           | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | Sed excesivo              | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| Asma                            | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | Endocarditis            | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | Desmayos / Mareos         | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| Tos frecuente                   | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | Colesterol alto         | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | Tratamiento con radiación | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |

Diarrea frecuente	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Urticaria o sarpullido	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Pérdida de peso reciente	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Dolores de cabeza frecuentes	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Hipoglucemia	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Renal Dialysis	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Herpes genital	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Latidos irregulares del corazón	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Fiebre reumá	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Glaucoma	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Problemas renales	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Escarlatina	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Fiebre del heno	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Medicamentos esteroides	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	culebrilla	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Ataque cardíaco / falla	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Leucemia	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Problema sinusal	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Soplo cardíaco	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Enfermedad hepática	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Espina bífida	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Marcapasos cardíaco	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Presión arterial baja	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Enfermedad de la tiroides	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Enfermedad pulmonar	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Prolapso de la válvula mitral	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Tuberculosis	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Hemofilia	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Osteoporosis	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Tumores o tumores	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Hepatitis A	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Hinchazón de las extremidades	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Ictericia amarilla	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Hepatitis B o C	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	dolor mandibular	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Congenital Heart Defect	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Herpes	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Enfermedad de paratiroides	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Paget's Disease	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Presión arterial alta	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Atención psiquiátrica	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
Úlceras	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Enfermedad venérea	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
Cirrosis del hígado	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Hipertiroidismo	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
mieloma múltiple	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	osteosarcoma	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
Problemas / enfermedad cardíaca	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			Enfermedad de células falciformes	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
NoAccidente cerebrovascular	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			NoProblemas estomacales / intestinales	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

¿Alguna vez ha tenido una enfermedad grave **no** mencionada anteriormente?  Si  No Si su respuesta es sí, explique

---



---

¿Si respondió "sí" a alguna de las condiciones médicas anteriores? Por favor explique.

---



---



---

¿Ha tenido algún análisis de laboratorio (análisis de sangre) en el último año? (¿Ejemplos, Hb1ac, glucosa en sangre, tiempo de sangrado, recuento de plaquetas, recuento de glóbulos blancos, recuento de glóbulos rojos, INR, etc.)?  Si  No  
Si es así, explique e indique los valores o (adjunte):

---



---

**¿Daría su consentimiento para un análisis de sangre a nuestro costo si el médico o un miembro del personal recibe una punción con aguja o herida por punción de instrumentos, suministros o dispositivos contaminados?**  Si  No

A mi leal saber y entender, las preguntas en este formulario han sido respondidas con precisión. Entiendo que proporcionar información incorrecta puede ser peligroso para mi (o paciente's)de salud. Es mi responsabilidad informar al consultorio dental de cualquier cambio en el estado médico.

**Firma del PACIENTE, PADRE, TUTOR** \_\_\_\_\_ **FECHA** \_\_\_\_\_