

INFORMACIÓN SOBRE EL PACIENTE

Fecha \_\_\_\_\_ Nombre del paciente \_\_\_\_\_ Nombre preferido \_\_\_\_\_
Domicilio \_\_\_\_\_ Teléfono de casa \_\_\_\_\_
Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo \_\_\_\_\_
Dirección postal \_\_\_\_\_ Teléfono móvil \_\_\_\_\_
Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_
Sexo: M F Edad \_\_\_\_\_ Soltero Casado Viudo Separado Divorciado (marque uno)
Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_
Nº del Seguro Social del paciente \_\_\_\_\_
Nombre del empleador \_\_\_\_\_
Teléfono del empleador/lugar de trabajo \_\_\_\_\_

Nombre del cónyuge \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Nº del Seguro Social \_\_\_\_\_
Teléfono del cónyuge \_\_\_\_\_ Dirección del cónyuge \_\_\_\_\_
Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_
Profesión \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

\*\*\*\*\*

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON: (Indique alguien que no viva en su hogar)

Dirección y Nombre \_\_\_\_\_ Relación con usted \_\_\_\_\_
Número de teléfono del contacto de emergencia \_\_\_\_\_
¿A quién podemos agradecer por referirlo? \_\_\_\_\_

\*\*\*\*\*

INFORMACIÓN SOBRE EL SEGURO:

Empleador \_\_\_\_\_
Compañía aseguradora \_\_\_\_\_ Nº de grupo \_\_\_\_\_

¿El paciente tiene cobertura de un seguro adicional? Sí No Nombre del miembro \_\_\_\_\_
Fecha de nacimiento del miembro \_\_\_\_\_ Nº del Seguro Social \_\_\_\_\_ Relación con el paciente \_\_\_\_\_
Empleador \_\_\_\_\_
Compañía aseguradora \_\_\_\_\_ Nº de grupo \_\_\_\_\_

¿Quién es el responsable de esta cuenta (nombre completo)? \_\_\_\_\_
Relación con el paciente \_\_\_\_\_
Únicamente completar si no ha proporcionado esta información más arriba:
Nº del Seguro Social del responsable \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento del responsable \_\_\_\_\_
Dirección del responsable \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

ASIGNACIÓN Y DIVULGACIÓN

Yo, el abajo firmante, certifico que yo (y/o mi/s dependiente/s), tengo cobertura con el seguro \_\_\_\_\_ y asigno el pago directamente al médico por los servicios prestados. Comprendo que soy financieramente responsable de todos los cargos, los pague el seguro o no. Comprendo que mi responsabilidad como paciente vence en el momento de la prestación del servicio. Por medio de la presente autorizo al médico a divulgar toda la información necesaria para asegurar el pago de mis beneficios. Autorizo el uso de esta firma en todas las documentaciones del seguro.

Firma del responsable \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

## HISTORIAL DE SALUD/MÉDICO

Nombre del médico \_\_\_\_\_ Fecha de la última consulta \_\_\_\_\_

Marque con un círculo "Sí" o "No" para indicar si usted ha padecido alguna de las siguientes afecciones:

<p><u>SIDA/VIH</u> <u>Sí No</u></p> <p><u>Anemia</u> <u>Sí No</u></p> <p><u>Artritis,</u> <u>Reuma</u> <u>Sí No</u></p> <p><u>Corazón artificial</u> <u>(válvulas)</u> <u>Sí No</u></p> <p><u>Articulaciones artificiales</u> <u>Sí No*</u></p> <p><u>Asma</u> <u>Sí No</u></p> <p><u>Problemas de espalda</u> <u>Sí No</u></p> <p><u>Sangrado anormal</u> <u>(con extracciones o cirugía)</u> <u>Sí No</u></p> <p><u>Patología de la sangre</u> <u>Sí No</u></p> <p><u>Cáncer</u> <u>Sí No</u></p> <p><u>Farmacodependencia</u> <u>Sí No</u></p> <p><u>Quimioterapia</u> <u>Sí No</u></p> <p><u>Problemas</u> <u>circulatorios</u> <u>Sí No</u></p> <p><u>Lesiones coronarias</u> <u>congénitas</u> <u>Sí No</u></p> <p><u>Tratamientos</u> <u>con cortisona</u> <u>Sí No</u></p> <p><u>EPOC</u> <u>Sí No</u></p> <p><u>Tos, persistente</u> <u>o con sangre</u> <u>Sí No</u></p> <p><u>Diabetes</u> <u>Sí No</u></p> <p><u>Enfisema</u> <u>Sí No</u></p> <p><u>Usa lentes de contacto</u> <u>Sí No</u></p>	<p><u>Epilepsia</u> <u>Sí No</u></p> <p><u>Desmayos o mareos</u> <u>Sí No</u></p> <p><u>Glaucoma</u> <u>Sí No</u></p> <p><u>Dolores de cabeza</u> <u>Sí No</u></p> <p><u>Soplo cardíaco</u> <u>Sí No</u></p> <p><u>Problemas cardíacos</u> <u>Sí No</u></p> <p><u>Hepatitis</u> <u>Sí No</u></p> <p><u>Tipo de hepatitis</u> _____</p> <p><u>Herpes</u> <u>Sí No</u></p> <p><u>Hipertensión arterial</u> <u>Sí No</u></p> <p><u>Medicamentos para la presión:</u> <u>VIH positivo</u> <u>Sí No</u></p> <p><u>Ictericia</u> <u>Sí No</u></p> <p><u>Dolor de mandíbula</u> <u>Sí No</u></p> <p><u>Reemplazo de articulaciones</u> <u>Sí No</u></p> <p><u>Enfermedades del riñón</u> <u>Sí No</u></p> <p><u>Enfermedades del hígado</u> <u>Sí No</u></p> <p><u>Presión arterial baja</u> <u>Sí No</u></p> <p><u>Prolapso de la válvula mitral</u> <u>Sí No</u></p> <p><u>Problemas nerviosos</u> <u>Sí No</u></p> <p><u>Marcapasos</u> <u>Sí No</u></p> <p><b>Mujeres:</b></p> <p><u>¿Está embarazada?</u> <u>Sí No</u></p> <p><u>Fecha de parto</u> _____</p> <p><u>¿Está amamantando?</u> <u>Sí No</u></p> <p><u>¿Toma píldoras</u> <u>anticonceptivas?</u> <u>Sí No</u></p>	<p><u>Atención psiquiátrica</u> <u>Sí No</u></p> <p><u>Tratamiento con radiación</u> <u>Sí No</u></p> <p><u>Enfermedad respiratoria</u> <u>Sí No</u></p> <p><u>Fiebre reumática</u> <u>Sí No</u></p> <p><u>Escarlatina</u> <u>Sí No</u></p> <p><u>Dificultad para Respirar</u> <u>Sí No</u></p> <p><u>Sinusitis</u> <u>Sí No</u></p> <p><u>Erupción cutánea</u> <u>Sí No</u></p> <p><u>Dieta especial</u> <u>Sí No</u></p> <p><u>Derrame cerebral</u> <u>Sí No</u></p> <p><u>Inflamación de pies o</u> <u>tobillos</u> <u>Sí No</u></p> <p><u>Ganglios del cuello inflamados</u> <u>Sí No</u></p> <p><u>Problemas de tiroides</u> <u>Sí No</u></p> <p><u>Amigdalitis</u> <u>Sí No</u></p> <p><u>Tuberculosis</u> <u>Sí No</u></p> <p><u>Tumor o crecimiento en</u> <u>cabeza o cuello</u> <u>Sí No</u></p> <p><u>Úlcera/s en la boca</u> <u>Sí No</u></p> <p><u>Enfermedad venérea (ETS)</u> <u>Sí No</u></p> <p><u>Pérdida de peso,</u> <u>sin explicación</u> <u>Sí No</u></p> <p><u>Estadías hospitalarias</u> <u>Sí No</u></p> <p><u>Explicar: Cuándo</u> _____</p> <p><u>Por qué</u> _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
--	---	---

\*\*\*\*\*

**MEDICAMENTOS:**

Enumere los medicamentos que toma o proporcione un listado:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**ALERGIAS: (marque)**

Aspirina	Anestésico local (por ejemplo, novocaína)
Barbitúricos (píldoras para dormir)	Penicilina
Opioides (por ejemplo, codeína)	Sulfa
Yodo	Otros _____
Látex	_____

Nombre de la farmacia \_\_\_\_\_  
Teléfono \_\_\_\_\_

¿Alguna vez tomó algún bifosfonato? Por ejemplo: Fosamax, Boniva, Actonel, Didronel Sí No\*

¿Toma algún anticoagulante? Sí No\*

Comprendo que me podrán cobrar un cargo de \$15 por faltar a una consulta. Comprendo que me podrán cobrar un cargo de refacturación de \$30 si no se gestiona el pago después del primer ciclo de facturación. Si el pago no se gestiona después del segundo ciclo de facturación, comprendo que mi cuenta será derivada al departamento de cobranzas.

Autorizo a mi odontólogo y al equipo clínico a tomar las radiografías, fotografías y modelos de estudio necesarios para realizar un diagnóstico completo de mis necesidades odontológicas. También autorizo a mi odontólogo y al equipo odontológico a utilizar mis fotografías para la dar instrucciones a los pacientes dentro del consultorio.

Autorizo el uso y la divulgación de mi información médica confidencial para obtener información de pago en relación a mis prestaciones odontológicas.

Firma del paciente/tutor \_\_\_\_\_  
(He leído, aceptado y comprendido la declaración que figura anteriormente)

Fecha \_\_\_\_\_

Firma del doctor \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

## HISTORIAL ODONTOLÓGICO

Motivo de la consulta de hoy \_\_\_\_\_ Odontólogo anterior \_\_\_\_\_

Ciudad/estado \_\_\_\_\_  
Fecha de la última consulta odontológica \_\_\_\_\_ Fecha de la última radiografía odontológica \_\_\_\_\_

Marque con un círculo "Sí" o "No" para indicar si usted ha padecido alguna de las siguientes afecciones:

<u>Mal aliento</u>	<u>Sí No</u>	<u>Encías sangrantes</u>	<u>Sí No</u>	<u>Ampollas en labios o boca</u>	<u>Sí No</u>
<u>Ardor en la lengua</u>	<u>Sí No</u>	<u>Mastica de un lado de la boca</u>	<u>Sí No</u>	<u>Fuma cigarro, pipa o puro</u>	<u>Sí No</u>
<u>Rechina la mandíbula</u>	<u>Sí No</u>	<u>Masca tabaco</u>	<u>Sí No</u>	<u>Boca seca</u>	<u>Sí No</u>
<u>Se muerde las uñas</u>	<u>Sí No</u>	<u>Acumula comida entre los dientes</u>	<u>Sí No</u>	<u>Objetos extraños</u>	<u>Sí No</u>
<u>Desgasta los dientes</u>	<u>Sí No</u>	<u>Encías hinchadas o sensibles</u>	<u>Sí No</u>	<u>Dolor o incomodidad en la mandíbula</u>	<u>Sí No</u>
<u>Alguna vez tuvo un diente flojo o empastes rotos?</u>	<u>Sí No</u>	<u>Respira por la boca</u>	<u>Sí No</u>	<u>Se muerde el labio o la mejilla</u>	<u>Sí No</u>
<u>Dolor de boca, cepillado</u>	<u>Sí No</u>	<u>Tratamiento con ortodoncia</u>	<u>Sí No</u>	<u>Dolor alrededor de la oreja</u>	<u>Sí No</u>
<u>Tratamiento periodontal</u>	<u>Sí No</u>	<u>Sensibilidad al frío</u>	<u>Sí No</u>	<u>Sensibilidad al calor</u>	<u>Sí No</u>
<u>Sensibilidad al dulce</u>	<u>Sí No</u>	<u>Sensibilidad con mordida</u>	<u>Sí No</u>	<u>Llagas, úlceras o crecimientos en la boca</u>	<u>Sí No</u>
<u>¿Ha experimentado problemas relacionados con trabajos dentales previos?</u>	<u>Sí No</u>	<u>Tipo de cepillo de dientes: (marque)</u> <u>Suave Medio Duro</u>		<u>¿Le agrada su sonrisa?</u>	<u>Sí No</u>
		<u>¿Con qué frecuencia usa hilo dental?</u>	_____	(en caso negativo, explique)	_____
		<u>¿Con qué frecuencia se cepilla?</u>	_____		_____

Firma del paciente/tutor \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Firma del doctor \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

## AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA CONFIDENCIAL

Complete los siguientes datos para saber la información médica confidencial de quién podemos divulgar:

Nombre del paciente o persona \_\_\_\_\_

Otro/s nombre/s utilizado/s \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Yo, \_\_\_\_\_, autorizo a Kilgore Dental Care a divulgar la información médica confidencial  
Paciente o tutor  
de las personas que enumero. La divulgación de información se limita a:

Toda la información de nuestro registro     Fechas y horarios de consultas     Información sobre el seguro  
 Medicamento     Información sobre la cuenta/facturación  
 Empleo     Completo y pendiente de tratamiento

### ¿QUIÉN PUEDE RECIBIR Y UTILIZAR LA INFORMACIÓN MÉDICA?

Indique a quién podemos divulgar la información médica confidencial del paciente:

Persona autorizada #1:

Nombre \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Relación con usted: \_\_\_\_\_

Persona autorizada #2:

Nombre \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Relación con usted: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente/tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Relación del firmante con el paciente (por ejemplo, paciente, padre, tutor legal, apoderado, etc.)