

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>Mujeres:</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>
--	---	---

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.)

