

**INFORMACION DEL PACIENTE****CONFIDENCIAL****#DE PACIENTE**

NOMBRE \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_ TELEFONO \_\_\_\_\_

DIRECCION \_\_\_\_\_ CIUDAD \_\_\_\_\_ ESTADO \_\_\_\_\_ CODIGO POSTAL \_\_\_\_\_

#DE SEGURO SOCIAL \_\_\_\_\_ TELEFONO CELULAR \_\_\_\_\_

CHECAR UNO: ( ) MENOR ( ) SOLTERO ( ) CASADO ( ) DIVORCIADO ( ) VIUDO ( ) SEPARADO

EMPLEADOR DE PACIENTE O GUARDIAN \_\_\_\_\_ TELEFONO DE TRABAJO \_\_\_\_\_

DIRECCION DE EMPLEADOR \_\_\_\_\_ CIUDAD \_\_\_\_\_ ESTADO \_\_\_\_\_ TELEFONO# \_\_\_\_\_

NOMBRE DE PADRE \_\_\_\_\_ EMPLEADOR \_\_\_\_\_ TELEFONO DEL TRABAJO \_\_\_\_\_

ESCUELA DEL PACIENTE \_\_\_\_\_ CIUDAD \_\_\_\_\_ ESTADO \_\_\_\_\_

PERSONA A QUIEN DEBEMOS DE AGRADECER POR RECOMENDARLO \_\_\_\_\_

PERSONA A QUIEN LLAMAR EN CASO DE EMERGENCIA \_\_\_\_\_

TELEFONO \_\_\_\_\_

**PERSONA RESPONSABLE**

NOMBRE DE LA PERSONA RESPONSABLE \_\_\_\_\_

RELACION CON EL PACIENTE \_\_\_\_\_

DIRECCION \_\_\_\_\_

NUMERO DE TELEFONO(\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

#DE LICENCIA \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_

TELEFONO CELULAR(\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

ES ESTA PERSONA PACIENTE DE NUESTRA OFICINA ( ) SI ( ) NO

**INFORMACION DE LA ASEGURANZA**

NOMBRE DEL ASEGURADO \_\_\_\_\_ RELACION CON EL PACIENTE \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_ SS# \_\_\_\_\_ FECHA QUE FUE EMPLEADO \_\_\_\_\_

NOMBRE DE EMPLEADOR \_\_\_\_\_ NUMERO DEL TRABAJO \_\_\_\_\_

DIRECCION DEL EMPLEADOR \_\_\_\_\_ CIUDAD \_\_\_\_\_ ESTADO \_\_\_\_\_ CODIGO POSTAL \_\_\_\_\_

NOMBRE DE LA ASEGURANZA \_\_\_\_\_ # DE GRUPO \_\_\_\_\_ # DE UNION O LOCAL \_\_\_\_\_

DIRECCION DE LA ASEGURANZA \_\_\_\_\_ CIUDAD \_\_\_\_\_ ESTADO \_\_\_\_\_ CODIGO POSTAL \_\_\_\_\_

CUANTO ES SU DEDUCIBLE? \_\_\_\_\_ CUANTO A USADO DE LA ASEGURANZA? \_\_\_\_\_ BENEFICIO ANUAL? \_\_\_\_\_

**TIENE ASEGURANZA ADICIONAL ( ) SI ( ) NO SI TIENE FAVOR DE LLENAR ESTA AREA**

NOMBRE DE LA SEGURANZA \_\_\_\_\_ CIUDAD \_\_\_\_\_ ESTADO \_\_\_\_\_ CODIGO POSTAL \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_ SS# \_\_\_\_\_ FECHA QUE FUE EMPLEADO \_\_\_\_\_

NOMBRE DE EMPLEADOR \_\_\_\_\_ NUMERO DE TELEFONO \_\_\_\_\_

DIRECCION DEL EMPLEADOR \_\_\_\_\_ CIUDAD \_\_\_\_\_ ESTADO \_\_\_\_\_ CODIGO POSTAL \_\_\_\_\_

NOMBRE DE LA ASEGURANZA \_\_\_\_\_ #DE GRUPO \_\_\_\_\_ #DE UNION O LOCAL \_\_\_\_\_

DIRECCION DE LA ASEGURANZA \_\_\_\_\_ CIUDAD \_\_\_\_\_ ESTADO \_\_\_\_\_ CODIGO POSTAL \_\_\_\_\_

CUANTO ES SU DEDUCIBLE? \_\_\_\_\_ CUANTO A USADO DE LA ASEGURANZA? \_\_\_\_\_ BENEFICIO ANUAL? \_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_

# HISTORIA MEDICA DEL PACIENTE

1. Esta actualmente bajo tratamiento medico?  si  no
2. Ha sido hospitalizado alguna vez debido a un procedimiento quirurgico o una enfermedad grave?  si  no
3. Esta tomando algun medicamento, incluyendo medicina sin receta \_\_\_\_\_  si  no
4. Alguna vez a tomado Fen Phen/Redux?  si  no
5. Usted Fuma?  si  no
6. Ingiere bebidas alcoholicas o drogas?  si  no
7. Usa usted lentes de contacto?  si  no
8. Es usted alergico o ha tenido alguna reaccion alergica a alguno de los siguientes medicamentos?
- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| <input type="checkbox"/> Anestesico local               | <input type="checkbox"/> Sedantes                       |
| <input type="checkbox"/> Penicilina o antibiotico       | <input type="checkbox"/> Yodo                           |
| <input type="checkbox"/> Medicamentos base sulfa        | <input type="checkbox"/> Aspirina                       |
| <input type="checkbox"/> Barbituricos                   | <input type="checkbox"/> Otro _____                     |
| <input type="checkbox"/> latex                          | SI NO   |
9. Tiene tos persistente o molestias de la garganta que no este relacionada con una enfermedad por mas de tres meses?  SI  NO
10. a) Esta o cree que pueda estar embarazada?  SI  NO
- b) Esta dando el pecho a su bebe?  SI  NO
- c) Esta tomando pildoras anticonceptivas?  SI  NO

## 11. Padece o ha padecido de alguna e las siguientes enfermedades o dolencias?

SI NO	SI NO	SI NO	OBSERVACIONES
<input type="checkbox"/> Presion Alta	<input type="checkbox"/> Enfermedad del Corazon	<input type="checkbox"/> Dolor en el Pecho	_____
<input type="checkbox"/> Ataque Cardiaco	<input type="checkbox"/> Marcapaso Cardiaco	<input type="checkbox"/> Ataques de Falta de Aire	_____
<input type="checkbox"/> Fiebre Reumatica	<input type="checkbox"/> Soplo Cardiaco	<input type="checkbox"/> Apoplejia	_____
<input type="checkbox"/> Tobillos Hinchados	<input type="checkbox"/> Angina	<input type="checkbox"/> Fiebre de Heno/Alergia	_____
<input type="checkbox"/> Mareos/Ataques repentinos	<input type="checkbox"/> Cansancio Frecuente	<input type="checkbox"/> Tuberculosis	_____
<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Anemia	<input type="checkbox"/> Terapia de Radiacion	_____
<input type="checkbox"/> Presion Baja	<input type="checkbox"/> Enfisema	<input type="checkbox"/> Glaucoma	_____
<input type="checkbox"/> Epilepsia/Convulsiones	<input type="checkbox"/> Cancer	<input type="checkbox"/> Perdida de Peso Reciente	_____
<input type="checkbox"/> Leucemia	<input type="checkbox"/> Artritis	<input type="checkbox"/> Enfermedad del Hgado	_____
<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Reemplazo de articulacion o implante	<input type="checkbox"/> Problema del Corazon	_____
<input type="checkbox"/> Enfermedad de los rinones	<input type="checkbox"/> Hepatitis/Ictericia	<input type="checkbox"/> Problemas Respiratorios	_____
<input type="checkbox"/> Infeccion de SIDA o HIV	<input type="checkbox"/> Enfermedades Venereas	<input type="checkbox"/> Otro _____	_____
<input type="checkbox"/> Problemas de Tiroides	<input type="checkbox"/> Problemas Estomacales/Ulceras	_____	_____

## PATIENT DENTAL HISTORY

SI NO	SI	NO	SI NO
1. Le sangran las encias cuando se cepilla los dientes o usa hilo dental?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8. Padece de dolores de cabeza frecuentes ? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
2. Son sus dientes sensibles a liquidos o alimentos frios o calientes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9. Aprieta o cruje usted los dientes ? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
3. Son sus dientes sensibles a liquidos o alimentos dulces o agrios?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10. Se muerde los labios o el interior de las mejillas ? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
4. Siente dolor en alguno de los dientes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	11. Ha sufrido extracciones dificiles en el pasado ? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
5. Tiene alguna herida o abultamiento en o al rededor de la boca ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	12. Se le ha practicado algun trabajo de ortodoncia ? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
6. Ha sufrido alguna vez una herida en la cabeza, cuello o mandibula	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	13. Ha sangrado prolongadamente despues de una extraccion? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
7. Alguna vez a padecido de alguno de los siguientes problemas en la mandibula ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	14. Ha recibido instruccion sobre el metodo correcto de cepillarse los dientes? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
a) Ruidos ligeros?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	15. Ha recibido instruccion sobre el cuidado de las encias? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
b) Dolor(en la articulacion, el oido, en un lado de cara)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c) Dificultad al abrir o cerrar la boca?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
d) Dificultad al masticar ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

**INFORMACION DE CONSENTIMIENTO**

Nombre \_\_\_\_\_

Expediente número \_\_\_\_\_

**1. TRABAJO POR HACER.**

Entiendo que se me está haciendo el siguiente trabajo: Rellenos  Puentes  Coronas  Extracciones  Dientes impactados extraídos   
I.V. Sedación  Endodoncia  Otro

\_\_\_\_\_   
iniciales

**2. DROGAS Y MEDICAMENTOS**

Entiendo que los antibióticos y analgésicos y otros medicamentos pueden causar reacciones alérgicas provocando enrojecimiento e inflamación de los tejidos, dolor, comezón, vomito, y/o choque anafilático (reacción alérgica severa).

\_\_\_\_\_   
iniciales

**3. CAMBIOS EN EL PLAN DE TRATAMIENTO.**

Entiendo que durante el tratamiento puede ser necesario cambiar o aumentar los procedimientos debido a condiciones encontradas durante el trabajo en los dientes que no fueron encontrados al hacer el examen, siendo el mas común la terapia de endodoncia, siguiendo los procedimientos rutinarios de restauración. Doy mi consentimiento al Dentista para hacer cualquier/todos los cambios y adiciones que sean necesarios.

\_\_\_\_\_   
iniciales

**4. EXTRACCION DE LOS DIENTES.**

Se me han explicado las alternativas de extracción (terapia de endodoncia, coronas y cirugía periodontal, etc.) y autorizo al Dentista a extraer los siguientes dientes \_\_\_\_\_ y cualquier otro necesario por las razones explicadas en el parrafo #3. Entiendo que la extracción de los dientes no siempre quita toda la infección, si es que la hay, y que tal vez sea necesario ampliar el tratamiento. Entiendo los riesgos involucrados en la extracción de los dientes, tales como dolor, inflamación, expansión de la infección, resequedad de la cavidad, pérdida de la sensación en los dientes, labios, lengua y tejido circundante (Parasthesia) que puede durar por un periodo de tiempo indefinido (días o meses) o fractura de mandíbula. Entiendo que puedo necesitar tratamiento adicional de un especialista o aun ser hospitalizado si surgieran complicaciones durante o en el proceso del tratamiento.

\_\_\_\_\_   
iniciales

**5. ANESTESIA**

Me doy cuenta de los riesgos involucrados al recibir anestesia, algunos de los cuales son: malestar estomacal, mareo, vómito, inflamación del brazo, inflamación de las venas del brazo, reacciones adversas a las drogas que pueden causar paro cardíaco, aborto, pérdida o despostilladura de dientes o del hueso de la mandíbula.

\_\_\_\_\_   
iniciales

**6. CORONAS, PUENTES Y RELLENOS**

Entiendo que algunas veces no es posible igualar el color de los dientes artificiales exactamente con el color de los dientes naturales. Además, entiendo que tal vez use coronas temporales, las que se pueden caer facilmente y que debo asegurarme de que éstas se mantengan en su lugar hasta que las coronas permanentes sean entregadas.

\_\_\_\_\_   
iniciales

**7. DENTADURAS - COMPLETAS O PARCIALES.**

Me doy cuenta de que las dentaduras completas o parciales son artificiales, construídas de plástico, metal y/o porcelana. Se me han explicado los problemas ocasionados al usar las mismas, incluyendo aflojamiento, inflamación, posible rompimiento, y realineamiento debido a cambios en el tejido.

\_\_\_\_\_   
iniciales

**8. TRATAMIENTO ENDODONTICO (Endodoncia).**

Me doy cuenta que no hay garantía de que el tratamiento de endodoncia salve mi diente y que pueden ocurrir complicaciones por el tratamiento y que ocasionalmente objetos de metal tendran que pegarse con cemento al diente o se extenderán a traves de la raíz, lo que no necesariamente afecta el éxito del tratamiento.

\_\_\_\_\_   
iniciales

**9. PERDIDA PERIODONTAL (TEJIDO Y HUESO).**

Entiendo que tengo un problema serio que esta causando la pérdida o inflamación de la encía y el hueso y que puede conducir a la pérdida de mis dientes y otras complicaciones. Se me han explicado los planes alternativos de tratamiento, incluyendo cirugía de la encía, reemplazo y/o extracciones. Entiendo que aunque estos tratamientos tienen un alto grado de éxito, no pueden ser garantizados. Ocasionalmente, los dientes atendidos pueden requerir extracción.

\_\_\_\_\_   
iniciales

**10. RELLENOS.**

El Dentista me ha informado que la restauración con amalgama plateada es un procedimiento aceptable de acuerdo a los lineamientos de ADA y, como tal, es un tratamiento usado por \_\_\_\_\_ Dental Group. Se me han explicado las ventajas y desventajas de los materiales alternos.

\_\_\_\_\_   
iniciales

Por este medio, solicito y autorizo a los Dentistas y sus asistentes llevar a cabo el trabajo dental en mi persona con el propósito de intentar mejorar mi apariencia, función y la salud de mi boca, dientes, hueso y tejido, como se explica anteriormente.

Se me ha explicado completamente el efecto y la naturaleza del procedimiento a desarrollar, los riesgos involucrados, asi como los posibles métodos alternos del tratamiento.

También autorizo al Dentista en turno y a los asistentes a llevar a cabo cualquier otro procedimiento que ellos crean necesario o deseable al intentar mejorar la condición establecida en la forma de diagnóstico del tratamiento, o tratar condiciones insalubres o imprevistas que pudieran encontrarse durante el tratamiento.

Se que la práctica de la Odontología y cirugía no es una ciencia exacta, y por lo tanto, aun los profesionales de buena reputación no pueden garantizar completamente los resultados.

\_\_\_\_\_   
iniciales

Reconozco que nadie ha hecho ninguna garantía o promesa con respecto al tratamiento, el cual he solicitado y autorizado.

Tambien entiendo que es mi responsabilidad informar al Dentista si tengo problemas durante el proceso del tratamiento, de tal forma que lo ayude a disminuir cualquier problema.

Se me han explicado claramente y en detalle las posibles reacciones y alternativas. También se me han explicado en forma clara las complicaciones, tales como infección, hemorragia y/o sangrado, cicatrización, contracción, posibles deformidades, tiempo de recuperación prolongado mas alla de lo estimado, reacción a cualquier droga antes, durante y despues de la cirugía, adormecimiento o comezón de la lengua, labios, dientes, tejidos (Parasthesia), fractura de la mandíbula, etc.

**CERTIFICO QUE HE LEIDO Y ENTENDIDO COMPLETAMENTE EL CONSENTIMIENTO ARRIBA DESCRITO PARA EL TRATAMIENTO DENTAL Y QUE LAS EXPLICACIONES A ESE RESPECTO FUERON REFERIDAS A DONDE SE HICIERON. CUALQUIER COSA QUE NO ENTENDI SE ME EXPLICO.**

Firma \_\_\_\_\_

Parentesco \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Doctor \_\_\_\_\_

Testigo \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

## CONFIRMACION DE RECIBO DEL AVISO DE LAS PRACTICAS DE PRIVACIDAD

**\*Usted Puede Rehusarse a Firmar Esta Cofirmacion\***

Yo, \_\_\_\_\_, he recibido una copia del Aviso de las Practicas de Privacidad de este consultorio.

\_\_\_\_\_  
Nombre en letra de imprenta

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

Si esta confirmacion es firmada por un representante personal de parte del paciente, llene lo siguiente:

Nombre del Representante Personal \_\_\_\_\_

Relacion al Paciente \_\_\_\_\_

---

### Para uso del consultorio solamente

---

Intentamos obtener confirmacion por escrito del recibo de nuestro Aviso de las Practicas de Privacidad, pero no se pudo obtener la confirmacion porque:

- El individuo rehusó firmar
- Barreras en la comunicacion prohibieron obtener la confirmacion
- Una situacion de emergencia nos impidio obtener la confirmacion
- Otras (Especifique por favor)

---

---

---

