



HISTORIA DENTAL

¿Cómo podemos ayudarle hoy? _____

Su salud dental actual es: ☐ Bien ☐ Ferie ☐ Malo

¿Usted requiere antibióticos antes del tratamiento dental? ☐ Sí ☐ No

¿Está usted actualmente en el dolor? ☐ Sí ☐ No

¿Alguna vez ha recibido tratamiento de las encías? ☐ Sí ☐ No

¿Tiene ahora o ha tenido algún dolor / mandíbula molestias en las articulaciones? (ATM) ☐ Sí ☐ No

¿Están bajo mucho estrés (nuevo trabajo, es decir, en movimiento, las relaciones)? ☐ Sí ☐ No

¿Te gusta tu sonrisa? ☐ Sí ☐ No

¿Estás contento con el color de sus dientes? ☐ Sí ☐ No

¿Le sangran las encías? ☐ Sí ☐ No

¿Cuántas veces usted: seda/semana ? _____ cepillo/día ? _____

¿Es sensible al calor, frío o algo más? ☐ Sí ☐ No

¿Ha perdido algún diente permanente? ☐ Sí ☐ No

¿Te moler o aprieta los dientes? ☐ Sí ☐ No

¿Alguna vez ha tenido una dificultad seria con cualquier trabajo dental anterior? ☐ Sí ☐ No

¿Alguna vez has tenido alguna experiencia desfavorable dental? ☐ Sí ☐ No

¿Cuándo fue la última vez: Limpieza? _____ Dental Visita? _____

¿Por qué dejó a su dentista anterior? _____

¿Cómo podemos acomodar mejor durante su visita al dentista? _____

Aquí, en La Puente Village Dentistry Aquí, ofrecemos una amplia variedad de servicios para mejorar y mantener su sonrisa hermosa. Por favor marque por debajo de cualquiera de los servicios que le gustaría a nuestro amable personal para discutir con usted durante su visita.

- | | | |
|--|---|---|
| ☐ Zoom! De una hora de blanqueamiento dental | ☐ Chapas/Lumineers | ☐ Fianzas |
| ☐ Para llevar a casa las bandejas que blanquean | ☐ Smile Makeover | ☐ coronas de implantes |
| ☐ Parciales/dentaduras | ☐ Coronas & Bridge | ☐ empastes de plata Reemplazar |
| ☐ Nightguard/Sportsguard | ☐ selladores | ☐ dientes más derechos |
| ☐ Mal aliento | ☐ fijación de dientes astillados | |



INFORMACIÓN DEL PACIENTE (POR FAVOR LLENE TODOS APLICABLE LA INFORMACIÓN)

Primer Nombre: _____	Apellido: _____	Initial mediano: _____
Nombre Preferido: _____	Paciente Es: ☐ Poseedor de política ☐ Partido responsable ☐ Niño	
Domicilio: _____	Ciudad, Estado, Código Postal: _____	
Teléfono de la casa: _____	Teléfono del trabajo: _____	Celular: _____
Correo-e: _____		
Fecha de Nacimiento: _____	Seguro Social: _____	numero del Licencia y Estado: _____
Estatus de empleo: ☐ Tiempo lleno ☐ Tiempo de parte ☐ Jubilado ☐ El ser Empleado ☐ Otro	Género: _____	
Estado civil: ☐ Niño ☐ Individual ☐ Casado ☐ Divorciado ☐ Viudo ☐ Separado ☐ Otro		
Estatus de estudiante: ☐ Tiempo lleno ☐ Tiempo de parte		
Nombre de la Escuela / Trabajo: _____	Farmacia Preferida/Teléfono: _____	

PADRE / TUTOR INFORMACIÓN (para menores y jóvenes 17yrs)

Primer Nombre: _____	Apellido: _____	Initial mediano: _____
Domicilio: _____	Ciudad, Estado, Código Postal: _____	
Teléfono de la casa: _____	Teléfono del trabajo: _____	Celular: _____
Correo-e: _____		
Fecha de Nacimiento: _____	Seguro Social: _____	numero del Licencia y Estado: _____
Estatus de empleo: ☐ Tiempo lleno ☐ Tiempo de parte ☐ Jubilado ☐ El ser Empleado ☐ Otro	Género: _____	
Estado civil: ☐ Individual ☐ Casado ☐ Divorciado ☐ Viudo ☐ Separado ☐ Otro		

SEGURO PRIMARIO (POR FAVOR LLENE TODOS APLICABLE LA INFORMACIÓN)

El nombre de Asegurado: _____	La relación a Asegurado: ☐ Ser ☐ Esposo ☐ Niño ☐ Otro
Asegurado ID/SSN: _____	Asegurado DOB: _____
Empleador: _____	Compañía de seguros: _____
Domicilio: _____	Domicilio: _____
Ciudad, Estado, Codigo Postal: _____	Ciudad, Estado, Código Postal: _____
Teléfono	Teléfono

SEGURO SECUNDARIO (POR FAVOR LLENE TODOS APLICABLE LA INFORMACIÓN)

El nombre de Asegurado: _____	La relación a Asegurado: ☐ Ser ☐ Esposo ☐ Niño ☐ Otro
Asegurado ID/SSN: _____	Asegurado DOB: _____
Empleador: _____	Compañía de seguros: _____
Domicilio: _____	Domicilio: _____
Ciudad, Estado, Código Postal: _____	Ciudad, Estado, Código Postal: _____
Teléfono	Teléfono

REFERENCIA (¿A QUIEN POBEMOS AGRADECER?)

--

FIRMA DE PACIENTE, el PADRE o el GUARDIAN: _____ FECHA: _____

Aunque el personal dental trate principalmente el área en y alrededor de la boca, la boca es una parte de su cuerpo entero. Los problemas de la salud que usted puede tener, o la medicina que usted puede estar tomando, podrían tener una interrelación importante con la odontología que usted recibirá. Gracias por contestar las preguntas siguientes completamente.

¿Está usted bajo el cuidado de un médico ahora?

☐ Sí ☐ No

¿Ha sido hospitalizado o tenido una gran operación?

☐ Sí ☐ No

¿Alguna vez ha tenido grave lesión de cuello o cabeza?

☐ Sí ☐ No

¿Esta tomando algún medicamento, pastillas o drogas?

☐ Sí ☐ No

¿Toma usted, o ha tomado usted, el Phen-Pantano o Redux?

☐ Sí ☐ No

¿Está usted en una dieta especial?

☐ Sí ☐ No

¿Utiliza usted tabaco?

☐ Sí ☐ No

¿Utiliza usted sustancias controladas?

☐ Sí ☐ No

Si sí, explica por favor: _____

Si sí, explica por favor: _____

Si sí, explica por favor: _____

Si sí, explica por favor: _____

LA MUJER, ESTA USTED...

¿Embarazada/Tratando de quedar embarazada?

☐ Sí ☐ No

¿Tomar anticonceptivos orales?

☐ Sí ☐ No

¿Esta Amamantando a su bebe?

☐ Sí ☐ No

¿ES USTED ALERGICO A LOS SIGUIENTES...

Aspirina

☐ Sí ☐ No

Penicilina

☐ Sí ☐ No

Codeína

☐ Sí ☐ No

Acrílico

☐ Sí ☐ No

Metal

☐ Sí ☐ No

Látex

☐ Sí ☐ No

Anestésicos locales

☐ Sí ☐ N

☐ Sí ☐ No

Otro, explica por favor: _____

¿TIENE USTED, O HA TENIDO, CUALQUIERA DE LOS SIGUIENTES...

SIDA/VIH Positivo

☐ Sí ☐ No

Enfermedad de Alzheimer

☐ Sí ☐ No

Anafilaxia

☐ Sí ☐ No

Anemia

☐ Sí ☐ No

Angina

☐ Sí ☐ No

Artritis/Gota

☐ Sí ☐ No

Válvula artificial Corazón

☐ Sí ☐ No

Coyuntura artificial

☐ Sí ☐ No

Asma

☐ Sí ☐ No

Enfermedad al Corazón

☐ Sí ☐ No

Transfusión de sangre

☐ Sí ☐ No

Problema de respiración

☐ Sí ☐ No

Magulle Fácilmente

☐ Sí ☐ No

Cáncer

☐ Sí ☐ No

Quimioterapia

☐ Sí ☐ No

Dolores de pecho

☐ Sí ☐ No

Murmullo al Corazón

☐ Sí ☐ No

Ictericia amarilla

☐ Sí ☐ No

Medicina cortisona

☐ Sí ☐ No

Diabetes

☐ Sí ☐ No

Toxicomanía

☐ Sí ☐ No

Fácilmente Enrollado

☐ Sí ☐ No

Enfisema

☐ Sí ☐ No

Epilepsia o Convulsiones

☐ Sí ☐ No

Sangrar excesivo

☐ Sí ☐ No

Sed excesiva

☐ Sí ☐ No

Desvanecimiento Mareo

☐ Sí ☐ No

Frecuente Tos

☐ Sí ☐ No

Frecuente Diarrea

☐ Sí ☐ No

Presión arterial baja

☐ Sí ☐ No

Herpe genital

☐ Sí ☐ No

Glaucoma

☐ Sí ☐ No

Polinosis

☐ Sí ☐ No

Infarto

☐ Sí ☐ No

Cuidado Psiquiátrico

☐ Sí ☐ No

Convulsiones

☐ Sí ☐ No

Pérdida peso reciente

☐ Sí ☐ No

Hemofilia

☐ Sí ☐ No

Hepatitis A

☐ Sí ☐ No

Hepatitis B o C

☐ Sí ☐ No

Herpe

☐ Sí ☐ No

Alta Presión

☐ Sí ☐ No

Colmenas o Erupción

☐ Sí ☐ No

Hipoglucemia

☐ Sí ☐ No

Espina Bífida

☐ Sí ☐ No

Problemas de riñón

☐ Sí ☐ No

Leucemia

☐ Sí ☐ No

Afección hepática

☐ Sí ☐ No

Enfermedad de tiroides

☐ Sí ☐ No

Amigdalitis

☐ Sí ☐ No

Tuberculosis

☐ Sí ☐ No

Tumores o Malignidad

☐ Sí ☐ No

Úlceras

☐ Sí ☐ No

Enfermedad venérea

☐ Sí ☐ No

Enfermedad al Corazón

☐ Sí ☐ No

Golpe

☐ Sí ☐ No

Diálisis renal

☐ Sí ☐ No

Fiebre reumática

☐ Sí ☐ No

Reumatismo

☐ Sí ☐ No

Escarlatina

☐ Sí ☐ No

Tablillas

☐ Sí ☐ No

Enfermedad de células falciformes

☐ Sí ☐ No

Problema de seno

☐ Sí ☐ No

latido del corazón irregular

☐ Sí ☐ No

Enfermedad estómago

☐ Sí ☐ No

Trastorno congenitote Corazón

☐ Sí ☐ No

Hinchándose de Miembros

☐ Sí ☐ No

Desorden congénito al Corazón

☐ Sí ☐ No

Enfermedad pulmonar

☐ Sí ☐ No

Prolapso mitral Válvula

☐ Sí ☐ No

Coyunturas de Mandíbula

☐ Sí ☐ No

Enfermedad Parathyroid

☐ Sí ☐ No

Herpes Labial/Apollas de fiebre

☐ Sí ☐ No

Frecuente Dolores de cabeza

☐ Sí ☐ No

Tratamientos de radiación

☐ Sí ☐ No

¿Tiene usted cualquier otro problema medico o historia medica que figura en esta lista? ☐ Sí ☐ No Si sí, explica por favor: _____

EN CASO DE CONTACTO DE EMERGENCIA...

Nombre:

Relación:

Teléfono:

Name:

Relación:

Teléfono:

Según mi leal saber y entender, las preguntas en esta forma han sido contestadas exactamente. Comprendo que eso proporcionando información inexacta puede ser peligroso a mí (o el paciente) la salud. Es mi responsabilidad de informar la oficina dental de cualquier cambio en el estatus médico.

FIRMA DE PACIENTE, el PADRE o el GUARDIAN: _____

FECHA: _____

La SALUD MEDICA REVISADA POR: _____

FECHA: _____

EL RECONOCIMIENTO PACIENTE DE RECIBO DE HOJA DENTAL DE HECHO DE MATERIALS Y NOTA DE LA INTIMIDAD PRÁCTICA

Al 1 de enero de 2002, la Junta Dental de California ahora requiere que distribuimos a nuestros pacientes una copia de la Hoja de Datos de Materiales Dentales. Además, la Portabilidad del Seguro de Salud y Accountability Act (HIPAA) requieren que los pacientes recibirán una copia de nuestra Notificación de Privacidad.

Si usted, por favor, imprimir y firmar su nombre a continuación reconoce que ha recibido los formularios de esta oficina.

1. Una copia de la Hoja Dental del Hecho de Materias; y
2. La nota de la Intimidad Practica.

NOMBRE DEL PACIENTE / PADRE / TUTOR

X _____

FIRMA DEL PACIENTE / PADRE / TUTOR

FECHA

For Office Use Only

We attempted to obtain written acknowledgement of receipt of our Notice of Privacy Practices, but acknowledgement could not be obtained because:

- ☐ Individual refused to sign
 - ☐ Communications barriers prohibited obtaining the acknowledgement
 - ☐ An emergency situation prevented us from obtaining acknowledgement
 - ☐ Other (Please Specify)
- _____

© 2002 American Dental Association
All Rights Reserved

Reproduction and use of this form by dentists and their staff is permitted. Any other use, duplication or distribution of this form by any other party requires the prior written approval of the American Dental Association.

This Form is educational only, does not constitute legal advice, and covers only federal, not state, law (August 14, 2002).

CONSENTO PARA TRATAMIENTO DENTAL GENERAL

Nombre: _____

DOB: _____

POR FAVOR, SOLO INICIAL # 2 y # 3. NO INICIAL DE CUALQUIER OTROS SIN SER NOTIFICADO POR LA OFICINA DE PERSONAL.

1. TRATAMIENTO PARA COMPLETAR

Entiendo que voy a recibir algunos de estos tratamientos: ☐ Examen/Radiografías ☐ Rellenos ☐ Coronas
☐ Extracción ☐ Canalizaciones ☐ Dentaduras ☐ Otro _____

2. MEDICAMENTOS

Entiendo que los antibióticos, analgésicos y otras medicaciones pueden causar reacciones alérgicas provocando coloración y inflamación de los tejidos, dolor, comezón, vómitos, reacción traumante anafiláctica (reacción alérgica severa)

Iniciales: _____

3. CAMBIOS AL PLAN DE TRATAMIENTO

Entiendo que durante el curso de mi tratamiento puede ser necesario cambiar o añadir algunos tratamientos debido a la condición de mi dentadura que no fueron detectados durante el examen, el mas común siendo canalizaciones. Le autorizo al Doctor añadir cualquier procedimiento cuando sea necesario.

Iniciales: _____

4. EXTRACCIONES

Me han explicado alternativas a la extracción, (canalización, corona, cirugía de encías, etc.....) autorizo al Doctor extraer los siguientes dientes y cualquier otros por razones en el tercer párrafo Entiendo que las extracciones no eliminan infección (si existe) y Tratamiento adicional puede ser necesario. Reconozco los riesgos y reacciones involucrados al sacar dientes, algunos que incluyen dolor, inflamación, infección extendida alvéolos secos, pérdida de sensación en los dientes labios, lengua y tejidos Parestesia que puede ser indefinido, meses o días o mandíbula fracturada. Entiendo que puedo necesitar tratamiento mayor con un especialista o aun ser hospitalizado si hay complicaciones durante o después del tratamiento en el cual el costo es mi responsabilidad.

Iniciales: _____

5. CORONAS, PUENTES Y CAPAS

Entiendo que algunas veces no es posible obtener el mismo color de dientes naturales a dientes artificiales. También comprendo que puedo obtener una corona temporal y que es necesario tener mucho cuidado que no se me caiga hasta que las coronas permanentes sean entregadas. Entiendo que la última oportunidad de hacer cualquier cambio a mi nueva corona, puente o capa, incluye forma, ajuste, tamaño y color es antes de la cimentación.

Iniciales: _____

6. TRATAMIENTO DE ENDODONCIA (CANALIZACIONES)

Entiendo que no hay ninguna garantía que el tratamiento endodóntico salvara mi diente y que pueden surgir complicaciones después de el tratamiento y que hay riesgo que material utilizado durante el tratamiento puede extenderse dentro del diente que no necesariamente afecta el progreso de mi tratamiento y que por falla de la manufactura, algunos objetos finos de metal utilizados durante el tratamiento pueden separarse. También entiendo que algunas veces es necesario proceder con tratamientos adicionales después del tratamiento de Endodoncia como un Apiceoectomia. También entiendo que hay ocasiones que apear de atentos para salvar el diente no se es posible.

Iniciales: _____

7. PERDIDA DE PERIODNCIA (TEJIDOS / HUESO)

Entiendo que padezco de una condición severa que causa inflamación e perdida de los tejidos en mis encías y hueso, que es posible que resulte en perdida de mis dientes. Me han explicado los tratamientos alternativos que incluyen cirugía y remplazar o extraer dientes. Entiendo que si no continuo tratamiento de periodoncia, mi condición puede ser irreversible.

Iniciales: _____

8. RELLENOS

Entiendo que es necesario tener cuidado durante las primeras 24 horas de recibir una resataurazion al masticar para evitar que falle el tratamiento. Entiendo que puede que la restauración necesitada durante el tratamiento sea mayor que la que fue diagnosticada originalmente por la condición del diente. Entiendo que puede sentir mucha sensación en el área de la restauración después de tratamiento pero si continua la sensación puede que sea necesario proceder con tratamientos mayores como una canalización. Si el diente sentía dolor o cesación antes de la restauración.

Iniciales: _____

9. DENTADURA

Entiendo que dentaduras artificiales son difíciles de usar. Entiendo que las dentaduras completas o parciales son ratificales, construidas de plástico, tal y o porcelana. Me han explicado los problemas que pueden surgir al utilizar estos aparatos. Áreas sensitivas, cambio de pronunciación, problemas para masticar y comer son comunes. Dentadura inmediata es acompañada con dolor. Dentaduras inmediatas pueden requerir varios ajustes y realizaciones. Realizaciones permanentes pueden ser necesarias después. Esto n o es incluido en el precio. Entiendo que es mi responsabilidad regresar para la entrega de la dentadura. Entiendo que falta de mi cita para la entrega puede resultar en dentadura que no queda bien. Si es necesario volver hacer alguna cosa por mi falta de regresar en 30 días o menos es necesario agregar costos adicionales.

Iniciales: _____

Entiendo que el tratamiento dental no es una ciencia exacta y que por lo mismo los participantes no pueden garantizar los resultados. Reconozco que nadie me ha garantizado nada de el tratamiento que e autorizado y comprendo que apezar de cualquier aseguranza dental que mantenga soy responsable por pago para tratamiento dental. Acepto que soy responsable por cualquier cargos que hayga incluyendo cargos de abogados, colecciones y costos de corte para cumplir con esta obligación.

FIRMA DE PACIENTE, el PADRE o el GUARDIAN: _____ FECHA: _____

La SALUD MEDICA REVISADA POR: _____ FECHA: _____