

# HISTORIAL MEDICO

Fecha \_\_\_\_\_

## Información Del Paciente:

Nombre Del Paciente: \_\_\_\_\_

Apellido

Nombre

Inicial

Dirección: \_\_\_\_\_

Dirección

Ciudad

Estado

Código

Correo Electrónico: \_\_\_\_\_ No. Seguro Social: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Sexo:  M  F Teléfono de Casa: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_ No. Alt: \_\_\_\_\_

## Información del Padre/Guardián:

### Relación al Paciente:

 Si Mismo

Nombre: \_\_\_\_\_

Apellido

Nombre

Inicial

No. Seguro Social: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ No Seguro Dental: \_\_\_\_\_ No. Licencia: \_\_\_\_\_

Fecha De Nacimiento: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Teléfono de Seguro Dental: \_\_\_\_\_ Group No.: \_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono de Casa: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_ Trabajo: \_\_\_\_\_

Nombre y teléfono de un pariente que no viva con usted: \_\_\_\_\_

## Como Escucho De Nuestra Oficina? Por Favor Marque abajo:

- |  |   |   |   |
|--|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Páginas Amarillas     | <input type="checkbox"/> Amigo / Paciente         | <input type="checkbox"/> Anuncio/Correo               | <input type="checkbox"/> Internet                 |
| <input type="checkbox"/> Letrero               | <input type="checkbox"/> THMP-Medicaid            | <input type="checkbox"/> Feria de Salud               | <input type="checkbox"/> Otro (Especifique) _____ |
| <input type="checkbox"/> Empleado de Nosotros: | <input type="checkbox"/> Seguro Dental/ Empleador | <input type="checkbox"/> Comercial de TV. Cual? _____ |   |
| <input type="checkbox"/> Cartelera             |   |   |   |

Razón de su visita hoy: \_\_\_\_\_ Fecha de su última visita dental: \_\_\_\_\_

Ha tenido alguna vez una situación que no le gusto en una oficina dental que nos quiera decir?  Si  No

Si es así, favor de explicar: \_\_\_\_\_

¿Estás nervioso por cj tratamiento dental?  Si  No¿Le sangran las encías, están sensibles o irritadas?  Si  NoEstá satisfecho con la apariencia de sus dientes?  Si  No¿Son sus dientes sensibles?  Si  No¿Tiene dientes descolorados que le molestan?  Si  NoEn caso afirmativo, ¿a qué?  Dulce  Caliente  Fría  Presión¿Estás viendo a un médico?  Si  No El nombre y número de teléfono de su médico (s) \_\_\_\_\_

Si es así, ¿cuál es la enfermedad que padece? \_\_\_\_\_

¿Está tomando algún medicamento?  Si  No En caso afirmativo, indique: \_\_\_\_\_¿Ha tomado o estás tomando aspirina?  Si  No¿Si es mujer, usted esta o sospecha que está embarazada?  Si  No Months: \_\_\_\_\_¿Usted a tomado o está tomando actualmente Bisfosfonates orales?  Actonel  Boniva  Fosamax  Skelif  Didrone  Otro \_\_\_\_\_¿Ha tenido algún reemplazo de articulaciones?  Si  No Si es así, ¿cuándo? \_\_\_\_\_¿Hay algo más que debemos saber sobre su salud que no esté previsto en este formulario?  Si  No

En caso afirmativo, por favor explique: \_\_\_\_\_

## Por favor marque condiciones que usted ha tenido o tiene en la actualidad: NINGUNO

- |   |  |   |   |
|---|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Enfermedad del corazón                   | <input type="checkbox"/> Enfermedad de los riñones       | <input type="checkbox"/> Enfermedad de la Tiroides        | <input type="checkbox"/> Enfermedad de células falciformes          |
| <input type="checkbox"/> Soplo cardíaco                           | <input type="checkbox"/> La pérdida de hueso             | <input type="checkbox"/> Quimioterapia: (Cáncer,leucemia) | <input type="checkbox"/> Hipertensión                               |
| <input type="checkbox"/> Epilepsia o convulsiones                 | <input type="checkbox"/> Contusión fácilmente en la piel | <input type="checkbox"/> Enfermedad de la Sangre          | <input type="checkbox"/> Úlceras <input type="checkbox"/> Hemofilia |
| <input type="checkbox"/> Artritis                                 | <input type="checkbox"/> Fiebre reumática                | <input type="checkbox"/> Enfisema                         | <input type="checkbox"/> Reumatismo                                 |
| <input type="checkbox"/> Dolor en la articulación de la mandíbula | <input type="checkbox"/> Enfermedad venérea              | <input type="checkbox"/> Tuberculosis                     |   |
| <input type="checkbox"/> Reemplazo de Articulaciones              | <input type="checkbox"/> Marcapasos del Corazón          | <input type="checkbox"/> Asma                             | <input type="checkbox"/> La Cortisona Medicina                      |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis                                | <input type="checkbox"/> Diabetes                        | <input type="checkbox"/> Fiebre de heno                   | <input type="checkbox"/> Glaucoma                                   |
| <input type="checkbox"/> Escarlatina                              | <input type="checkbox"/> VIH + SIDA                      | <input type="checkbox"/> Anemia                           | <input type="checkbox"/> Nerviosismo                                |

## Por favor marque cualquiera de los siguientes elementos a cual le tiene alergia: NINGUNO

- |  |                                     |  |  |
|--|-------------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> Anestésicos locales | <input type="checkbox"/> Penicilina | <input type="checkbox"/> Codeína u otros narcóticos  | <input type="checkbox"/> Fen-Phen                  |
| <input type="checkbox"/> Aspirina            | <input type="checkbox"/> Yodo       | <input type="checkbox"/> Los barbitúricos o sedantes | <input type="checkbox"/> Otro: _____               |
| <input type="checkbox"/> Iodine              | <input type="checkbox"/> Sulfatos   | <input type="checkbox"/> Látex                       | <input type="checkbox"/> Otros antibióticos: _____ |

**Al mejor de mi conocimiento, todas las respuestas anteriores son verdaderas y correctas. Si alguna vez tdnf n algún cambio en mi salud, o cualquier cambio de medicamentos, informaré a mi dentista en la próxima cita.**

Firma del Paciente / Padre / Tutor

Medical History Update: \_\_\_\_\_

Dr. \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Dr. \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Dr. \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

# NOTICE OF PRIVACY PRACTICES

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SA INFORMACIÓN MÉDICA / DE SALUD ESTA PROTEGIDA Y COMO PUEDE SER UTILIZADA Y REVELADA Y COMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR LEA CON CUIDADO.

## RESUMEN:

Por ley estamos obligados a ofrecerle nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad (NPP). Este aviso describe cómo su información médica puede ser usada y divulgada por nosotros. También le explica cómo puede obtener acceso a esta información.

Como paciente, usted tiene los siguientes derechos:

1. El derecho a inspeccionar y copiar su información;
2. El derecho a solicitar correcciones de su información;
3. El derecho a solicitar que su información sea restringido;
4. El derecho a solicitar comunicaciones confidenciales;
5. El derecho a informar de las divulgaciones de su información, y
6. El derecho a una copia en papel de este aviso

Queremos asegurarle que su información médica / esta protegida es segura con nosotros. El Aviso de Prácticas de Privacidad contiene información acerca de cómo vamos a asegurar que su información permanezca privada.

A noté todos los números de teléfono donde podamos comunicarnos con usted:

1. \_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_ 3. \_\_\_\_\_

4. \_\_\_\_\_ 5. \_\_\_\_\_ 6. \_\_\_\_\_

INDIQUE LOS NOMBRES DE TODAS LAS PERSONAS (por ejemplo, cónyuge, padres, abuelos, etc ...) Que usted autoriza PARA DIVULGAR SU INFORMACIÓN incluyendo las copias de sus registros SI ES NECESARIO:

Nombre \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_

### Reconocimiento recibo del Aviso de Prácticas de Privacidad

Yo declaro que he revisado el Aviso de Prácticas de Privacidad. Además, entiendo que la práctica me ofrecerá notificaciones acerca de los Aviso de Prácticas de Privacidad. ¿Debe ser enmendada, modificada o alterada de alguna manera voy a recibir una copia.

\_\_\_\_\_  
Nombre Del Paciente

\_\_\_\_\_  
Firma de Paciente/Padre/Tutor

#### FOR OFFICE USE ONLY

Patient refused to sign

Patient was unable to sign because: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_ Signature: \_\_\_\_\_