

Información Médica Haga el favor de marcar su respuesta con una (X) para indicar si tiene o ha tenido alguna de las siguientes enfermedades o problemas.

(Marque NS si usted No Sabe la respuesta a esta pregunta)		Sí No NS	Sí No NS
Usa lentes de contacto? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		Usa sustancias reguladas (drogas)? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Articulaciones Artificiales. Ha tenido algún reemplazo ortopédico total de una articulación (cadera, rodilla, codo, dedo)? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Fecha: _____ Si es así, ha tenido alguna complicación?		Usa tabaco (fumado, aspirado/rapé, masticado, en bidis)? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Si es así, le interesaría dejar de hacerlo? <i>Marque con un círculo: MUCHO / ALGO / NO ME INTERESA</i>	
Está tomando o tiene que empezar a tomar un agente antirresortivo (como Fosamax®, Actonel®, Atelvia, Boniva®, Reclast, Prolia) debido a osteoporosis o a enfermedad de Paget? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		Bebe bebidas alcohólicas? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Si es así, cuánto alcohol bebió en las últimas 24 horas? Si es así, cuánto bebe por lo general en una semana?	
Desde el año 2001, ha sido tratado/a o está actualmente en lista para comenzar tratamiento con un agente antirresortivo (como Aredia®, Zometa®, XGEVA) para dolor óseo, hipercalcemia o complicaciones esqueléticas derivadas de la enfermedad de Paget, mieloma múltiple o cáncer metastásico? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Fecha del comienzo del Tratamiento:		SÓLO MUJERES Está usted: Embarazada? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Número de semanas: Tomando píldoras anticonceptivas o de sustitución hormonal? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Amamantando? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Alergias. Es usted alérgico – o ha tenido alguna reacción – a: En todas las respuestas afirmativas , especifique el tipo de reacción.		Sí No NS	Sí No NS
Anestésicos locales <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Aspirina <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Penicilina u otros antibióticos <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Barbituratos, sedativos o pastillas para dormir <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Sulfas <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Codeína u otros narcóticos <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		Metales <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Látex (goma) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Yodo <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Polen (fiebre del heno)/estacional <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Animales <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Alimentos <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Por favor marque con una (X) su respuesta para indicar si usted ha tenido o no ha tenido algunas de estas enfermedades o problemas.			
Sí No NS		Sí No NS	
Válvula cardíaca artificial (prótesis) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Previa endocarditis infecciosa <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Válvulas dañadas en corazón transplantado <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Enfermedad cardíaca congénita (ECC) ECC cianótica, sin reparar <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Reparada en los últimos 6 meses (completamente) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ECC reparada con defectos residuales <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		Enfermedad autoinmune <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Artritis reumatoidea <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Lupus eritematoso sistémico <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Bronquitis <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Enfisema <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Sinusitis <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Tuberculosis <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Cáncer/Quimioterapia/Radioterapia <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Dolores de pecho por esfuerzo <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Dolor crónico <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Diabetes Tipo I o II <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Trastornos de alimentación <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Malnutrición <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Enfermedad gastrointestinal <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Reflujo G.E./ardor persistente .. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Úlceras <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Alteraciones de la tiroides <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Derrame cerebral <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Glaucoma <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hepatitis, ictericia o enfermedad hepática <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Epilepsia <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Desmayos o ataques epilépticos <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Alteraciones neurológicas <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Si es así, especifique: Alteraciones del sueño <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Usted ronca? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Alteraciones mentales <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Especifique: Infecciones recurrentes <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Tipo de infección: Alteraciones renales <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Sudor nocturno <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Osteoporosis <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Inflamación persistente de los ganglios del cuello <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Cefaleas graves/jaquecas <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Pérdida de peso severa o rápida .. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Enfermedades venéreas <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Orina en forma excesiva <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
Aparte de las condiciones en la lista de arriba, ya no se recomienda realizar una profilaxis antibiótica para ninguna otra forma de ECC.			
Le ha recomendado algún médico o su dentista anterior que tome antibióticos antes de su tratamiento dental? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		Nombre del médico o del dentista que se lo recomendó:	
Tiene alguna enfermedad, condición o problema que no figure más arriba y que cree que yo debería saber? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Explique por favor:		Teléfono: <i>Incluya código del área</i> ()	

NOTA: Se encarece tanto al doctor como al paciente que discutan detalladamente todos los aspectos relevantes de la salud del paciente antes del tratamiento.
 Certifico que he leído y comprendido lo que aparece más arriba y que la información entregada en este formulario es exacta. Comprendo la importancia de que la historia de salud sea fidedigna y de que mi dentista y su personal puedan confiar en ella para realizar mi tratamiento. Reconozco que todas mis dudas sobre las preguntas de este formulario han sido respondidas satisfactoriamente. Yo no responsabilizaré a mi dentista ni a ningún miembro de su personal por las acciones que puedan tomar debido a los errores o a las omisiones que yo haya podido cometer al completar este formulario.

Firma del Paciente/Apoderado: _____ Fecha: _____

Firma del proveedor: _____ Fecha: _____

AGRADECIMIENTO DE RECIBO DE AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Una copia del aviso de Care Dental de prácticas de privacidad se publica en la pared. Al firmar a continuación, reconozco que tuve la oportunidad de revisar la Notificación de Prácticas de Privacidad de Care Dental. En este aviso, me informaron de cómo la información de salud sobre mí puede ser utilizada y divulgada por Care Dental. También me aconsejaron cómo puedo obtener una copia de esta información.

Firma del Paciente O Padres O Tutor de Menor: _____ Fecha: _____

CONSENTIMIENTO FINANCIERO



Pacientes con seguro:

Entiendo que My Care Dental LLC presentará reclamos dentales en mi nombre y soy responsable de pagar por cualquier monto deducible, mi porción de coaseguro y por cualquier servicio no cubierto. Entiendo que soy financieramente responsable de todos y cada uno de los cargos de tratamiento dental y honorarios incurridos, pagado o no por dicho seguro y estoy de acuerdo en pagar dichos cargos en su totalidad. Pagaré puntualmente en el momento del servicio o según lo determinado por un acuerdo del plan de pago firmado con mi plan de tratamiento.

Pacientes sin seguro:

Entiendo que seré responsable de los costos de todo tratamiento que se me proporcione. Pagaré en el momento del servicio o como lo determine un acuerdo de plan de pago firmado con mi plan de tratamiento

Si tiene alguna pregunta no dude en preguntar. Estamos aquí para ayudarle a llegar a la ruta de tratamiento que mejor se adapte a sus necesidades.

Nombre del paciente: _____ Persona responsable de Finanzas: _____

Firma del Paciente o Persona responsable de las Finanzas o del Padre o Tutor: _____ Fecha: _____

INFORMACIÓN REFERENCIAL

¿A quién podemos agradecer por referirle a nuestra práctica?

- Otro paciente (amigo / pariente)
- Oficina Dental
- Páginas Amarillas
- Periódico
- Colegio
- Trabajo
- Otro

Nombre de la persona u oficina que lo remite a nuestra práctica _____