

Carmel Commons Dental



Acercade mi

"A SMILE... IS A TERRIBLE THING TO WASTE"

1. NOMBRE DEL PACIENTE _____	2. FECHA DE NACIMIENTO _____ EDAD _____
3. DIRECCION ELECTRONICA _____	4. APODO _____
5. DIRECCION DEL HOGAR (Calle, Apartamento) _____ (Ciudad, Estado, ZIP) _____	6. NUMEROS DE TELEFONO Casa _____
7. ESCUELA (grado) _____	Celular _____
10. OCUPACION _____	8. SEXO _____ 9. SSN _____ F M
12. NUMERO DE TELEFONO DE LA ESCUELA _____	11. CONTACTO DE EMERGENCIA (relacion) _____
14. MEJOR METODO PARA LOCALIZARLO (cel, casa, trabajo) _____	13. EMERGENCY CONTACT NUMBER (cell, work) _____
16. NOMBRE DE PEDIATRA O DOCTOR _____	15. REFERIDO POR? _____
_____	17. NUMERO DE TELEFONO DEL PEDIATRA _____

Historia Dental

1. MOTIVO DE LA CONSULTA _____	2. PREVIO DENTISTA (fecha de ultima visita) _____
--------------------------------	---

3. SONRISA S N LE GUSTA SU SONRISA? S N LE GUSTARIA DIENTES MAS BLANCOS? S N LE GUSTARIA DIENTES DERECHO? S N CAMBIARIA LAS CALZAS DE METAL? S N HAY ALGUN DIENTE SENSITIVO? (calor/frio) S N ALGUNA PREGUNTA ACERCA DE SU SONRISA? _____	4. HIGIENE CUANTA VECES AL DIA SE CEPILLA? _____ S N USA HILO DENTAL? (veces por semana) _____ S N LE SANGRAN LAS ENCIAS? TIPO DE CERDAS? (marqueuna) S M D S N TOMA AGUA CON FLUOR? S N TIENE MAL ALIENTO?
--	--

5. HABITOS (marque una) S N HA SIDO AMAMANTADO O ESTA EN ESTOS MOMENTOSU NINO FUE O ESTA AMAMANTADO? S N HA TENIDO DIFICULTAD O DOLOR PARA ABRIR LA BOCA? (bostezo) S N SU NINO TIENDE A MORDER OBJETOS O LAS UNAS? S N SU NINO SUENA LOS DIENTES EN LA NOCHE? S N SU NINO CHUPA EL DEDO O EL CHUPETE? S N SU NINO RESPIRA POR LA BOCA TODO EL TIEMPO? S N SU NINO TIENE ALGUN PROBLEMA DEL HABLA? S N SU NINO USO O USA CHUPETE, TETERO, VASITO CON TETINAS? S N SU NINO SE MUERDE LOS LABIOS O SE LOS CHUPA?
--

6. ESTAN LAS VACUNAS AL DIA? SI NO, CUALES SON _____



HISTORIA MEDICA

- S N SANGRAMIENTO ANORMAL/ PROBLEMAS DE SANGRADO
Y N ADHD
Y N ABUSO DE ALCOHOL/DROGAS
Y N ANEMIAS
Y N ARTRITIS, REUMATISMO
Y N ASTMA
Y N TRANSFUSION DE SANGRE (cuando _____)
Y N CANCER, QUIMIOTERAPIA, RADIOTERAPIA (cuando _____)
Y N DEFECTOS CONGENITOS DEL CORAZON/VALVULAS
Y N DIABETES (fecha de diagnostico _____, tipo _____)
Y N DESORDEN ALIMENTICIOS/ANOREXIA/BULIMIA
Y N EMFISEMA/PROBLEMAS RESPIRATORIOS
Y N EPILEPSIA/CONVULSIONES
Y N EPISODIOS DE DESMAYOS
Y N FRECUENTES DOLORES DE CABEZA
Y N GLAUCOMA/PROBLEMAS EN LOS OJOS
Y N ALERGIAS/PROBLEMAS DE SENOS
Y N PROBLEMAS DE CORAZON (fecha de diagnostico _____)
Y N HEPATITIS A, B or C/ PROBLEMAS DEL HIGADO (fecha de diagnostico _____)
Y N HERPES/ULCERAS DE LA BOCA (fecha de diagnostico _____)
Y N PRESION ARTERIAL ALTA/BAJA (fecha de diagnostico _____)
Y N VIH*/SIDA
Y N HOSPITALIZADO POR ALGUNA RAZON (cuando Y por que? _____)
Y N PROBLEMA DE LOS RINONES/CALCULOS/PIEDRAS
Y N LUPUS ERITEMATOZO
Y N PROBLEMAS PSYQUIATRICOS/BIPOLAR/DEPRESSION
Y N REUMATISMO
Y N FUMA ALGUN PRODUCTO DE TABACO O DROGAS
Y N PROBLEMAS DE TIROIDE (fecha de diagnostico _____)
Y N TUBERCULOSIS (TB) (fecha de diagnostico _____)
Y N ENFERMEDADES VENEREAS, ETS
Y N NECESITA ANTIBIOTICO ANTES DEL TRATAMIENTO DENTALES? (por que? _____)
Y N ESTA TOMANDO ALGUN MEDICAMENTO O SUPLEMENTO EN ESTOS MOMENTOS? (enliste
MEDICAMENTOS INDICACION (especifique la razon y la dosis)

POR FAVOR MENCIONE CUALQUIER CONDICION MEDICA QUE NO ESTE EN LA PARTE SUPERIOR _____

ES ALERGICO A ALGO DE ESTA LISTA?

Aspirina Codeine Penicilina Metales Latex Anestesia Dental
Eritromicina Sulfa Tetraciclina Otros _____

PARA MUJERES

S N ESTA USANDO ALGUN METODO ANTICONCEPTIVO?

S N ESTA EMBARAZADA O SOSPECHA? SEMANAS# _____

S N ESTA AMAMANTANDO?

ENTIENDO QUE LA INFORMACION QUE HE DADO HOY ES CORRECTA EN LO MEJOR DE MI CONOCIMIENTO. Yo también entiendo que esta información se mantendrá en la más estricta confidencialidad y es mi responsabilidad informar a esta oficina de cualquier cambio en mi Estado médico. AUTORIZO al personal de la oficina que realice los servicios dentales que puedo necesitar durante el diagnóstico y tratamiento con mi consentimiento informado.

FIRMA y FECHA

ACTUALIZACION DE LA HISTORIA MEDICA

S N ALGUN CAMBIO EN SU HISTORIA MEDICA? EXPLIQUE _____
FIRMA _____ FECHA _____

"A SMILE... IS A TERRIBLE
THING TO WASTE"



AUTORIZACION PARA SER TRATADO

Yo, _____ DOY PLENA AUTORIZACION A:

Dr. _____ de CARMEL COMMONS DENTALES y cualquier otro higienista, asistente o empleado eleccionados por él en cargo de mi atención para administrar cualquier tratamiento, para administrar dichos ANESTÉSICOS y llevar a cabo esas operaciones en que lo considere necesario o conveniente en el diagnostico y tratamiento de mi caso. Soy consciente de que la práctica odontológica NO es una ciencia exacta y reconozco que no me han dado garantías en cuanto al resultado del tratamiento o examen en esta oficina.

Entiendo que la paciente tiene el derecho a negar el consentimiento a un servicio dental que se considere necesario o conveniente por el dentista. También entiendo que falta de tratamiento de un diagnóstico puede resultar en un paciente que no tratemos.

Entiendo que se me ha informado de los riesgos y las posible consecuencias de la propuesta de tratamiento y lo autoricen por el nombrado Doctor a proceder.

Entiendo que tengo el derecho y el deber de hacer preguntas de aclaración acerca de cualquier tratamiento, servicio o producto proporcionado por el dentista y / o de sus empleados.

FIRMA DEL PACIENTE O TUTOR DEL PACIENTE

POLITICA DE PRIVACIDAD (HIPPA)

HE TENIDO LA OPORTUNIDAD DE REVISAR Y ENTIENDO LA POLITICA DE PRIVACIDAD DE LA OFICINA.

NOMBRE DEL PACIENTE _____

FIRMA DEL PACIENTE/REPRESENTANTE _____

FECHA DE NACIMIENTO _____ FECHA DE HOY _____

PARA EL USO DE LA OFICINA SOLAMENTE

I VERBALLY REVIEW THE MEDICAL/DENTAL AND INSURANCE INFORMATION WITH THE PATIENT

EMPLOYEE SIGNATURE _____ DATE _____

EMPLOYEE SIGNATURE _____ DATE _____