

# INFORMACIÓN DEL PACIENTE

## PACIENTE

Nombre \_\_\_\_\_  
 Dirección \_\_\_\_\_ Apt. # \_\_\_\_\_  
 Ciudad \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_  
 Tiempo viviendo en ésta dirección? \_\_\_\_\_  
 Teléfono ( ) \_\_\_\_\_  
 Celular/Pager ( ) \_\_\_\_\_  
 Correo electrónico \_\_\_\_\_  
 Nº de seguro social \_\_\_\_\_ DL# \_\_\_\_\_  
 Edad \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

## PARTE RESPONSABLE (Si la misma que arriba, favor de omitir)

Nombre \_\_\_\_\_  
 Dirección \_\_\_\_\_ Apt. # \_\_\_\_\_  
 Ciudad \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_  
 Tiempo viviendo en ésta dirección? \_\_\_\_\_  
 Teléfono ( ) \_\_\_\_\_  
 Celular/Pager ( ) \_\_\_\_\_  
 Correo electrónico \_\_\_\_\_  
 Nº de seguro social \_\_\_\_\_ DL# \_\_\_\_\_  
 Parentesco con el paciente \_\_\_\_\_  
 Edad \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

## EMPLEO

Ocupación \_\_\_\_\_  
 Empleador \_\_\_\_\_  
 ¿Cuanto tiempo? \_\_\_\_\_  
 Dirección comercial \_\_\_\_\_  
 Ciudad \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_  
 Teléfono comercial ( ) \_\_\_\_\_ Ext. # \_\_\_\_\_  
 Verificado Por \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

## REFERENCIA

Nombre \_\_\_\_\_  
 Dirección \_\_\_\_\_ Apt. # \_\_\_\_\_  
 Ciudad \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_  
 Teléfono ( ) \_\_\_\_\_  
 Nombre \_\_\_\_\_  
 Dirección \_\_\_\_\_ Apt. # \_\_\_\_\_  
 Ciudad \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_  
 Teléfono ( ) \_\_\_\_\_  
 Nombre de su cónyuge \_\_\_\_\_  
 Teléfono donde trabaja su cónyuge ( ) \_\_\_\_\_

## PERSONA CON QUIEN COMUNICARSE EN CASO DE EMERGENCIA

Nombre \_\_\_\_\_  
 Dirección \_\_\_\_\_ Apt. # \_\_\_\_\_  
 Ciudad \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_  
 Teléfono ( ) \_\_\_\_\_

## PARA CONOCERLE UN POCO MAS

Hay algunos otros miembros en su hogar que no sean pacientes de nuestra oficina?  
 SI \_\_\_ NO \_\_\_ Por favor enliste debajo los nombres y la relación (hijo, hija, cónyuge):

1: \_\_\_\_\_ 2: \_\_\_\_\_  
 3: \_\_\_\_\_ 4: \_\_\_\_\_

¿Como escuchó de nuestras oficinas?

TV \_\_\_ Radio \_\_\_ Cartelera \_\_\_  
 Pagina Web \_\_\_ Paginas Amarillas \_\_\_ Material Imprimido \_\_\_  
 Plan de Seguro \_\_\_ Letrero de Bienvenida para pacientes \_\_\_  
 Familia o Amigo \_\_\_ Transferido por alguna de nuestras oficinas \_\_\_

## SEGURO

Compañía de seguro primaria

Nombre \_\_\_\_\_  
 Dirección \_\_\_\_\_  
 Ciudad \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_  
 Teléfono ( ) \_\_\_\_\_  
 Empleador \_\_\_\_\_  
 Sindicato/local \_\_\_\_\_ Grupo # \_\_\_\_\_  
 Nombre del asegurado \_\_\_\_\_  
 Nº de seguro social \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Compañía de seguro secundario

Nombre \_\_\_\_\_  
 Dirección \_\_\_\_\_  
 Ciudad \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_  
 Teléfono ( ) \_\_\_\_\_  
 Empleador \_\_\_\_\_  
 Sindicato/local \_\_\_\_\_ Grupo # \_\_\_\_\_  
 Nombre del asegurado \_\_\_\_\_  
 Nº de seguro social \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

## PLAN DE CUIDADO ADMINISTRADO (HMO)

Nombre de plan \_\_\_\_\_  
 Grupo # \_\_\_\_\_ Nº del plan \_\_\_\_\_  
 Empleador \_\_\_\_\_  
 Nombre del asegurado \_\_\_\_\_  
 Nº de seguro social \_\_\_\_\_

1. Por media de la presente hago constar que la información en la parte superior es precisa y se confiará en ella para conceder crédito y proveer tratamiento dental. Entiendo que yo soy económicamente responsable por cargos o pagos no cubiertos por mi seguro por cualquier razón.
2. Al firmar al pie de página entienda que ustedes pueden verificar e intercambiar información sobre mi y cualquier solicitante adicional, incluyendo el requerir informas de las agencias de información crediticia
3. Por medio de la presente autorizo el pago directo de los beneficios del seguro de grapa a la dentista, que de otra manera serán pagaderas a mí. Comprendo que soy económicamente responsable de cualquier cargo no cubierto por esta autorización. Autorizo el que se emita cualquier información pertinente a cualquier reclamo o reclamos dentales.
4. Entiendo que Total Care Dental proporciona servicios de apoyo para el manejo de negocios a dentistas independientes. Reconozco que cada dentista es individualmente responsable del cuidado dental que se me proporcione y ningún otro dentista ni Keivan Sarraf, DDS, Inc. o sus subsidiarios es responsable de mi tratamiento dental.

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

# INFORMACIÓN GENERAL DE SALUD

Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

APELLIDO

NOMBRE

Aunque el personal dental principalmente tratan la zona de y alrededor de su boca, su boca es una parte de su cuerpo entero. Los problemas de salud que pueda tener, o los medicamentos que esté tomando, podrían tener una importante interrelación con la odontología que usted recibirá. Gracias por responder a las siguientes preguntas.

¿Está usted bajo cuidado médico ahora?  Si  No Si, afirmativo, favor especificar: \_\_\_\_\_

¿Alguna vez ha sido hospitalizado o tenido una gran operación?  Si  No Si, afirmativo, favor especificar: \_\_\_\_\_

¿Usted ha tenido una lesión grave en la cabeza o en el cuello?  Si  No Si, afirmativo, favor especificar: \_\_\_\_\_

¿Está tomando algún medicamento, pastillas o drogas?  Si  No Si, afirmativo, favor especificar: \_\_\_\_\_

¿Toma usted, o ha tomado, Fen-Phen o Redux?  Si  No \_\_\_\_\_

¿Está usted de una dieta especial?  Si  No \_\_\_\_\_

¿Usa tabaco?  Si  No

¿Utiliza sustancias controladas?  Si  No

**Mujer: ¿Está usted**

Embarazadas / tratando de quedar embarazada?  Si  No Tomando los anticonceptivos orales?  Si  No Lactancia materna?  Si  No

**¿Es usted alérgico a cualquiera de los siguientes?**

Aspirina  Penicilina  Codeína  Acrílico  Metal  Látex  Los anestésicos locales

Otro favor especificar: \_\_\_\_\_

**¿Tiene, o ha tenido usted, cualquiera de los siguientes? (Por favor, rellene los círculos, es decir, completamente, ejemplo ●)**

SIDA / VIH +	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Cortisona Medicina	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	La hemofilia	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Diálisis renal	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
La enfermedad de Alzheimer	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Diabetes	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Hepatitis A	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Fiebre reumática	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
Anafilaxia	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Drogadicción	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Hepatitis B o C	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Reumatismo	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
Anemia	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Fácilmente heridos	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Herpes	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Escarlatina	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
Angina	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Enfisema	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	La presión arterial alta	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Zóster	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
Artritis / Gota	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Epilepsia o convulsiones	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Erupción cutánea o urticaria	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	La enfermedad de células falciformes	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
Válvula de corazón artificial	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Sangrado excesivo	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Hipoglucemia	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Sinusitis	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
Artificial Común	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Sed excesiva	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Latido irregular del corazón	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Espina Bífida	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
Asma	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Desmayos hechizos / mareos	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Problemas renales	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Estómago / enfermedad intestinal	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
Enfermedad de la sangre	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Tos frecuente	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Leucemia	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Infarto	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
Transfusión de sangre	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Diarrea frecuente	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Enfermedad hepática	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Hinchazón de las extremidades	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
Problemas de respiración	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Los dolores de cabeza frecuentes	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Baja la presión arterial	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Enfermedad de la tiroides	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
Moretón fácilmente	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Herpes genital	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Enfermedad pulmonar	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Amigdalitis	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
Cáncer	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Glaucoma	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Prolapso de la válvula mitral	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	La tuberculosis	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
La quimioterapia	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	La fiebre del heno	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Dolor en las articulaciones mandíbula	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Tumores o crecimientos	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
Dolores en el pecho	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Ataque al corazón / fracaso	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Enfermedad paratiroides	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Úlceras	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
Fría las llagas / ampollas de fiebre	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Soplo cardiaco	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Atención Psiquiátrica	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Enfermedades venéreas	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
Trastorno congénito del corazón	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Corazón Pace Maker	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Tratamientos de radiación	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Amarillo Ictericia	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
Convulsiones	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Problemas del corazón / enfermedad	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Pérdida de peso reciente	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No		

¿Alguna vez has tenido alguna enfermedad grave que no figuran más arriba?  Si  No \_\_\_\_\_

Comentarios: \_\_\_\_\_

A mi mejor saber, he contestado cada pregunta completa y exactamente. Yo informaré a mi dentista de cualquier cambio en mi salud y/o medicación. Hago constar además que doy mi consentimiento a que se lleven a cabo radiografías y exámenes orales.

Firma del Paciente \_\_\_\_\_  
(o padre o madre si el paciente es un menor)

Fecha \_\_\_\_\_

Firma del Doctor \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

**ACTUALIZAR HISTORIA DE SALUD**

Fecha	Comentarios	Firma del Paciente	Firma del Doctor