

# HISTORIAL MEDICO

Fecha \_\_\_\_\_

## INFORMACIÓN DEL PACIENTE:

Nombre Del Paciente: \_\_\_\_\_  
Apellido Nombre InicialDirección: \_\_\_\_\_  
Dirección Ciudad Estado Código Postal

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: \_\_\_\_\_ o 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: \_\_\_\_\_

## CÓMO ESCUCHO DE NUESTRA OFICINA?

- Páginas Amarillas  Amigo / Paciente  Anuncio/Correo  Cartelera  Internet \_\_\_\_\_
- Letrero  THMP-Medicaid  Feria de Salud  Otro (Especifique) \_\_\_\_\_
- Empleado de Nosotros:  Seguro Dental/ Empleador  Comercial de TV. Cual? \_\_\_\_\_

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

## POR FAVOR MARQUE SU REPUESTA (no responda a la pregunta si no entiende)

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

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

  ¿Estás nervioso por el tratamiento dental?  ¿Le sangran las encías, están sensibles o irritadas?  ¿Está satisfecho con la apariencia de sus dientes?  ¿Sus dientes estan sensibles? Si es asi ¿a que?  Dulces  Caliente  Frio  Presión  ¿Tiene dientes descoloridos que le molestan?  ¿Estás viendo a un médico? El nombre y número de teléfono de su médico(s) \_\_\_\_\_  
Si es así, ¿cuál es la enfermedad que padece? \_\_\_\_\_  ¿Está tomando algún medicamento? Si es asi, indique cuales: \_\_\_\_\_  ¿Ha tomado o estás tomando aspirina?  ¿Si es mujer, usted esta o se sospecha que está embarazada? Cuantos Meses: \_\_\_\_\_  ¿Usted a tomado o está tomando actualmente Bisphosphonates orales?  Actonel  Boniva  Fosamax  Skelif  Didrone  Otro  ¿Ha tenido algún reemplazo de articulaciones? Si es así, ¿cuándo? \_\_\_\_\_  ¿Hay algo más que debamos saber sobre su salud que no esté previsto en este formulario?

Si es así, por favor explique: \_\_\_\_\_

## USTED HA TENIDO O TIENE EN LA ACTUALIDAD

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

## POR FAVOR MARQUE CUALQUIERA DE LOS SIGUIENTES ELEMENTOS A CUAL LE TIENE ALERGIA:

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

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

Firma del Paciente / Padre / Tutor

## FOR COMPLETION BY DENTIST

Fecha Comentarios

Firma de dentista

# Cuestionario para evaluar el riesgo dental



A los padres y personas que cuidan a niños: utilice este formulario para decimos sobre la salud oral de su niño. La presente será parte del expediente médico de su niño.

Nombre de Padre / Madre / Tutor legal \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Nombre del niño \_\_\_\_\_ Edad del niño \_\_\_\_\_

- |  | Sí                       | No                       |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. ¿Toma su familia agua que contiene fluoruro, o toman sus niños tabletas de fluoruro?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. ¿Usa su niño una pasta de dientes que contiene fluoruro?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. ¿Ayuda usted a su niño a cepillarse los dientes?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. ¿Alguna vez ha tenido usted o han tenido sus niños una mala experiencia con el dentista?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. ¿Ha tenido caries alguno de sus niños?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. ¿Se queja su niño de dolor en la boca?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. ¿Lleva un biberón a la cama su niño?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. ¿Siempre camina su niño bebiendo de un biberón o tasa?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. ¿Cuántas veces durante el día come bocadillos su niño? _____  |                          |                          |
| 10. ¿Cuántos biberones toma su niño cada día? _____  |                          |                          |
| 11. ¿Cómo está su propia salud dental? <input type="checkbox"/> Buena <input type="checkbox"/> Pasable <input type="checkbox"/> Mala |                          |                          |
| 12. ¿Tiene caries usted?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. ¿Se le sangran las encías?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

## ¿Sabía usted?

Entre cada 100 niños de edad escolar, se pierden más de 5 días de escuela por año debido a enfermedades dentales.

¡Una buena salud dental es importante!

**NOTIFICACIÓN SOBRE PRIVACIDAD:** Tan solo por unas cuantas excepciones, usted tiene el derecho de solicitar y de ser informado sobre la información que el Estado de Texas reúne sobre usted. A usted se le debe conceder el derecho de recibir y revisar la información al requerirla. Usted también tiene el derecho de pedir que la agencia estatal corrija cualquier información que se ha determinado sea incorrecta. Dirijase a <http://www.dshs.state.tx.us> para más información sobre la Notificación sobre privacidad. (Referencia: Government Code, sección 552.021, 552.023, 559.003 y 559.004)

## NOTICE OF PRIVACY PRACTICES

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO LA INFORMACIÓN MÉDICA / DE SALUD PROTEGIDA SOBRE USTED 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 a 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 / de salud protegida es segura con nosotros. Este Aviso de Prácticas de Privacidad contiene información acerca de cómo vamos a asegurar que su información permanezca privada.

Anote todos los números de teléfono donde podamos comunicarnos con usted: \_\_\_\_\_

INDIQUE LOS NOMBRES DE TODAS LAS PERSONAS (por ejemplo, cónyuge, padres, abuelos, etc ...) Usted autoriza PARA DIVULGAR SU INFORMACIÓN AL nuevos sistemas, incluidas las copias de sus registros SI ES NECESARIO: \_\_\_\_\_

### Acuse de recibo del Aviso de Prácticas de Privacidad

Por la presente declaro que he revisado la Noticia práctica de Prácticas de Privacidad. Además, entiendo que la práctica ofrecerá Quiero ser informado a este Aviso de Prácticas de Privacidad. ¿Debe ser enmendada, modificada o alterada de alguna manera voy a recibir una copia.

\_\_\_\_\_  
Nombre De Paciente

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

#### ***FOR OFFICE USE ONLY***

Patient refused to sign

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

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

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



# Cuestionario sobre la salud oral

Nombre del niño \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Edad del niño \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento del niño \_\_\_\_\_

## HISTORIAL MÉDICO

- |   | Si                       | No                       |
|---|--------------------------|--------------------------|
| ¿Tuvo la madre de nacimiento algunos problemas durante el embarazo? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Nació prematuro su niño?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Fue bajo el peso natal de su niño?                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Hubo algunas complicaciones durante el parto?                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Ha estado enfermo su niño?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Está tomando medicamentos su niño?                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

## DIETA Y NUTRICIÓN

- |   |                          |                          |
|---|--------------------------|--------------------------|
| ¿Le dio (le da) leche de mamá a su niño?                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Duerme su niño con un biberón?                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Bebe de una tasa su niño?                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Siempre camina bebiendo de un biberón o tasa su niño?    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Sigue su niño una dieta especial?                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Cuántas veces durante el día come botanas su niño? _____ |                          |                          |
| ¿Cuántos biberones toma su niño durante el día? _____     |                          |                          |

## SUFICIENCIA DE FLUORURO

- |   |                          |                          |
|---|--------------------------|--------------------------|
| ¿Conoce usted el nivel de fluoruro en su agua?          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Tiene agua de pozo?                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Usa agua embotellada?                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Usa un acondicionador de agua o sistema de filtración? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Si contestó sí, indíquelo _____                         |                          |                          |
| ¿Usa pasta de dientes con fluoruro para su niño?        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

## HÁBITOS ORALES

- |   |                          |                          |
|---|--------------------------|--------------------------|
| ¿Usa su niño un chupete?                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Chupa su niño el pulgar o los dedos?                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Le rechinan los dientes su niño durante el día o la noche? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

## PREVENCIÓN DE LESIONES

- |   |                          |                          |
|---|--------------------------|--------------------------|
| ¿Camina su niño?                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Está su casa a prueba de niños?                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Usa su niño un asiento para niños?                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Ha sufrido su niño una lesión a la boca o la cara? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

## DESARROLLO ORAL

- |  |                          |                          |
|--|--------------------------|--------------------------|
| ¿Tiene su niño unos dientes ya?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Edad del niño (en meses) cuando salió su primer diente _____                             |                          |                          |
| ¿Ha tenido su niño problemas de dentición?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Ha notado usted algún problema con la boca o los dientes de su niño?                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Se queja su niño de dolor en la boca?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Ha tenido alguno de sus niños caries?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Alguna vez ha tenido usted o han tenido sus niños una mala experiencia con el dentista? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

## HIGIENE ORAL

- |   |                          |                          |
|---|--------------------------|--------------------------|
| ¿Limpia usted las encías o los dientes de su niño?              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Usa un cepillo de dientes para limpiar los dientes de su niño? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Usa pasta de dientes para limpiar los dientes de su niño?      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**NOTIFICACIÓN SOBRE PRIVACIDAD:** Tan solo por unas cuantas excepciones, usted tiene el derecho de solicitar y de ser informado sobre la información que el Estado de Texas reúne sobre usted. A usted se le debe conceder el derecho de recibir y revisar la información al requerirla. Usted también tiene el derecho de pedir que la agencia estatal corrija cualquier información que se ha determinado sea incorrecta. Dirijase a <http://www.dshs.state.tx.us> para más información sobre la Notificación sobre privacidad. (Referencia: Government Code, sección 552.021, 552.023, 559.003 y 559.004)

First Dental Home



**LEGEND DENTAL**  
1013 W. UNIVERSITY AVE  
SUITE 345  
GEORGETOWN, TX 78628

TEL: (512) 869-4850 FAX: (512) 869-8485

Cortesía de seguro de la información de facturación

Estamos felices de presentar sus reclamaciones de seguros para usted y le ayudará con la coordinación de beneficios. Para que podamos facturar a su compañía de seguros tendrá que proporcionarnos una copia de una tarjeta de seguro o la dirección de facturación para ellos. Como una cortesía a usted, compruebe sus beneficios dentales. Sin embargo, es su responsabilidad verificar sus propios beneficios con su compañía de seguros, ya que son los responsables de su factura.

Si usted tiene un porcentaje de co-seguro de pago, por favor tenga en cuenta que la cantidad que está pagando en cada visita es sólo una estimación. No sabemos la cantidad exacta de lo co-seguro pago hasta que recibamos el pago de la compañía de seguros que usted. Es posible que reciba una factura adicional de nosotros después de haber recibido el pago de su compañía de seguros.

Usted puede ser responsable por su cuenta si:

- Reclamo se devuelve sobre la base de la información que usted o su compañía de seguros nos ha proporcionado.
- Nuestra oficina ofrece restauraciones de composite (blanco) y algunas compañías de seguros del declive de los empastes de amalgama (de plata) las tasas. Usted será responsable de la diferencia en el costo.
- Usted no está seguro de qué compañía de seguros tiene la responsabilidad primaria para el pago.
- Usted no nos informan lo antes posible (dentro de las 24 horas de servicio) de los cambios en su plan de seguro.
- Su derecho o autorización previa para los servicios ha caducado y optar por continuar con el tratamiento.
- Su compañía de seguros determina que en su opinión el tratamiento no era necesario.
- Una autorización sea revocada por su seguro.
- Si su póliza de seguro ha períodos de espera por su plan para los procedimientos de tratamiento básico o principal.

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Paciente / Guardián Legal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_