

# Carmel Commons Dental



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

## ACERCA DE TI

HOY DIA \_\_\_\_\_

|  |  |
|--|--|
| 1. NOMBRE DEL PACIENTE ( <i>apellido, nombre</i> )<br>_____                                    | 2. FECHA DE NAC. _____ EDAD ____                                   |
| 3. DIRECCION ELECTRONICA<br>_____  | 4. APODO _____   |
| 5. DIRECCION DEL HOGAR (calle, apartamento)<br><i>(ciudad, estado, codigo postal)</i><br>_____ | 6. NUMEROS DE TELEFONOS<br>Casa _____ Cel _____                    |
| 7. EMPLEADOR ( <i>cuanto tiempo lleva</i> )<br>_____   | SSN _____  |
| 10. OCUPACION<br>_____   | 8. SEXO _____ 9. ESTADO CIVIL ( <i>marque una</i> )<br>F M S C D V |
| 12. TELEFONO DE EMPLEO ( <i>extencion</i> )<br>_____   | 11. CONTACTO DE EMERGENCIA ( <i>que no viva con ud.</i> )<br>_____ |
| 14. MEJOR METODO DE COMUNICACION ( <i>e-mail, cell</i> )<br>_____                              | 13. TELEFONO DE EMERGENCIA ( <i>cel, casa</i> )<br>_____           |
| 16. MEDICO DE CABEZERA<br>_____  | 15. REFERIDO POR?<br>_____   |
| _____  | 17. TELEFONO MEDICO DE CABEZERA<br>_____                           |

## HISTORIA DENTAL

|                                |   |
|--------------------------------|---|
| 1. POR QUE VIENE HOY?<br>_____ | 2. DENTISTA PREVIO ( <i>fecha de ultima visita</i> )<br>_____ |
|--------------------------------|---|

|  |   |
|--|---|
| <p>3. <b>SONRISA</b></p> <p>S N LE GUSTA SU SONRISA?</p> <p>S N QUIERE DIENTES MAS BLANCOS?</p> <p>S N TE GUSTARIA DIENTES MAS DERECHOS?</p> <p>S N QUIERES REMPLAZAR CALZAS?</p> <p>S N TIENE DIENTES SENSITIVOS? (<i>calor/frio</i>)</p> <p>S N ALGO SOBRE SU SONRISA?<br/>_____</p> | <p>4. <b>HIGIENE</b></p> <p>CUANTAS VECES SE CEPILLA AL DIA? _____</p> <p>S N USA HILO DENTAL? (<i>veces por semana</i>) _____</p> <p>S N TE SANGRAN LAS ENCIAS?</p> <p>TIPO DE CERDAS? (<i>marque una</i>) S M D</p> <p>S N HA TENIDO UN EXAMEN DE CANCER ORAL?</p> <p>S N USA ENJUAGES O FLUOR?</p> <p>S N TIENE MAL ALIENTO?</p> |
|--|---|

|  |
|--|
| <p>5. <b>ATM/DTM</b></p> <p>S N SE QUEDA TRANCADA, CLICK O SUENA SU MANDIBULA?</p> <p>S N TIENE DIFICULTAD PARA ABRIR O DOLOR?</p> <p>S N TIENE ALGUN DOLOR CUANDO HABLA O MASTICA?</p> <p>S N TIENE ALGUN DOLOR CERCA DE LA OREJA, CACHETE?</p> <p>S N SU MORDIDA SE SIENTE BALANCEADA?</p> <p>S N TIENE DOLORES DE CABEZA FRECUENTES?</p> <p>S N HA TENIDO ALGUN ACCIDENTE QUE HAYA SUFRIDO SU CABEZA, CUELLO O CARA?</p> <p>S N HA TRATADO SU ARTICULACION TEMPOROMANDIBULAR ANTES?</p> |
|--|

|  |
|--|
| 6. ESTA TOMANDO ALGUN SUPLEMENTO O MEDICAMENTO PARA LOS HUESOS?<br>SI, CUALES? _____ |
|--|

|  |  |
|--|--|
| 7. S N TIENE DIENTES REMOVIBLES?<br>POR CUANTO TIEMPO? _____ | S N TIENE QUE USAR ADHESIVO?<br>S N PUEDES MASTICAR? |
|--|--|



# 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

## CONOCIMIENTO DE LA PRACTICA PRIVADA (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 \_\_\_\_\_

