Fecha_____

HISTORIAL MEDICO

Información Del Paciente:

Nombre Del Paciente:_____
Apellido Nombre Inicial

Dirección: _____
Dirección Cuidad 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:* _____ ☐ 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: _____

Como Escucho De Nuestra Oficina? Por Favor Marque abajo:

☐ Online ☐ Volantes / Correo ☐ Anuncio Impreso ☐ Cartelera
☐ Radio ☐ TV ☐ Evento de la Comunidad ☐ Feria de Salud / Evaluacion de Salud
☐ Medico de Referencia ☐ Conduciendo / Caminando por la Oficina ☐ Medicaid ☐ Seguro Dental/Empleador
☐ Amigo / Familiares ☐ Empleado de Nosotros ☐ Otro (Especifique) _____

Razón de su visita hoy:_____Fecha de su última visita dental: _____
Ha tenido alguna vez una situación que no le gusto en una oficina dental que nos quiera decir? ☐ **Si** ☐ **No**
Si es así, favor de explicar: _____

¿Estás nervioso por tratamiento dental? ☐ **Si** ☐ **No**
¿Le sangran las encías, están sensibles o irritadas? ☐ **Si** ☐ **No**
Está satisfecho con la apariencia de sus dientes? ☐ **Si** ☐ **No**
¿Son sus dientessensibles? ☐ **Si** ☐ **No**
¿Tiene dientes descolorados que le molestan? ☐ **Si** ☐ **No**
En caso afirmativo, ¿a qué? ☐ **Dulces** ☐ **Caliente** ☐ **Fría** ☐ **Presión**
¿Estás viendo a un médico? ☐ **Si** ☐ **No** El nombre y número de teléfono de su médico (s) _____
Si es así, ¿cuál es la enfermedad que padece? _____
¿Está tomando algún medicamento? ☐ **Si** ☐ **No** En caso afirmativo, indique:_____
¿Ha tomado o estástomando aspirina? ☐ **Si** ☐ **No**
¿Si es mujer, usted esta o se sospecha que está embarazada? ☐ **Si** ☐ **No** Months: _____
¿Usted a tomado o está tomando actualmente Bisphosphonates orales? ☐ Actonel ☐ Boniva ☐ Fosamax ☐ Skelif ☐ Didrone ☐ Otro _____
¿Ha tenido algún reemplazo de articulaciones? ☐ **Si** ☐ **No** Si es así, ¿cuándo? _____
¿Hay algo más que debamossaber sobre su salud que no esté previsto en este formulario? ☐ **Si** ☐ **No**
En caso afirmativo, por favor explique: _____

Por favor marque de las siguientes condiciones que usted ha tenido o tiene en la actualidad: ☐ NINGUNO

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

Por favor marque cualquiera de los siguientes elementos a cual le tiene alergia: ☐ NINGUNO

☐ Anestésicos locales ☐ Penicilina ☐ Codeína u otros narcóticos ☐ Fen-Phen
☐ Aspirina ☐ Yodo ☐ Los barbitúricos o sedantes ☐ Otro: _____
☐ Iodine ☐ Sulfatos ☐ Látex ☐ Otros antibióticos: _____

Al mejor de mi conocimiento, todaslas respuestas anterioresson 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

Medical History Update:

Dr. Date Dr. Date Dr. Date

NOTICE OF PRIVACY PRACTICES

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SA INFORMACIÓN MÉDICA / DE SALUD ESTA PROTEGIDA Y COMO 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 de 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 / esta protegida es segura con nosotros. El Aviso de Prácticas de Privacidad contiene información acerca de cómo vamos a asegurar que su información permanezca privada.

A noté todos los números de teléfono donde podamos comunicarnos con usted:

1._____ 2. _____ 3. _____

4. _____ 5. _____ 6. _____

INDIQUE LOS NOMBRES DE TODAS LAS PERSONAS (por ejemplo, cónyuge, padres, abuelos, etc ...) Que usted autoriza PARA DIVULGAR SU INFORMACIÓN incluyendo las copias de sus registros SI ES NECESARIO:

Nombre _____ Relación _____

Nombre _____ Relación _____

Nombre _____ Relación _____

Nombre _____ Relación _____

Reconocimiento recibo del Aviso de Prácticas de Privacidad

Yo declaro que he revisado el Aviso de Prácticas de Privacidad. Además, entiendo que la práctica me ofrecerá notificaciones acera de los Aviso de Prácticas de Privacidad. ¿Debe ser enmendada, modificada o alterada de alguna manera voy a recibir una copia.

_____
Nombre Del Paciente

_____
Firma de Paciente/Padre/Tutor

FOR OFFICE USE ONLY

❑Patient refused to sign

❑Patient was unable to sign because: _____

Date: _____Signature:_____