

# Bienvenido

¡Gracias por seleccionar nuestro equipo de atención dental!  
Nos esforzaremos por prestarle la mejor atención dental posible.  
Para ayudarnos a satisfacer todas sus necesidades de atención dental,  
llene completamente este formulario con lápiz de tinta. Si tiene alguna  
pregunta o necesita ayuda, consúltenos, con gusto lo ayudaremos.

## Información del Paciente (CONFIDENCIAL)

No. de paciente \_\_\_\_\_  
No. de seguro social \_\_\_\_\_  
Fecha \_\_\_\_\_  
Teléfono particular \_\_\_\_\_  
Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Estado/Provincia \_\_\_\_\_ Código Postal/P.C. \_\_\_\_\_  
Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_  
Correo electrónico \_\_\_\_\_ Teléfono celular \_\_\_\_\_  
Marque el cuadro correspondiente:  Menor  Soltero(a)  Casado(a)  Divorciado(a)  Viudo(a)  Separado(a)  
Si es estudiante, nombre de la universidad \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado/Provincia \_\_\_\_\_ Tiempo completo  Tiempo parcial   
Paciente o empleador del paciente o tutor \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo \_\_\_\_\_ Estado/Provincia \_\_\_\_\_ Código Postal/P.C. \_\_\_\_\_  
Dirección comercial \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_  
Cónyuge o nombre del padre o tutor \_\_\_\_\_ Empleador \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo \_\_\_\_\_  
¿A quién le podemos agradecer por derivarlo? \_\_\_\_\_  
Persona de contacto en caso de urgencia \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

## Parte Responsable

Nombre de la persona responsable de esta cuenta \_\_\_\_\_ Relación con el Paciente \_\_\_\_\_  
Dirección \_\_\_\_\_ Teléfono particular \_\_\_\_\_  
Correo electrónico \_\_\_\_\_ Teléfono celular \_\_\_\_\_  
No. de licencia de conducir \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Institución financiera \_\_\_\_\_  
Empleador \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo \_\_\_\_\_ No. de seguro social \_\_\_\_\_  
¿Está persona es actualmente paciente de nuestra consulta?  Sí  No  
Para su comodidad, le ofrecemos los siguientes métodos de pago. Marque la opción que prefiera. Pago total en cada cita:  
 Efectivo  Cheque personal  Trajeta de crédito  VISA  MasterCard  Deseo analizar las políticas de pago de la consulta.

## Información del Seguro

Nombre del asegurado \_\_\_\_\_ Relación con el Paciente \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ No. de seguro social \_\_\_\_\_ Fecha de empleo \_\_\_\_\_  
Nombre del empleador \_\_\_\_\_ No. de sindicato o gremio local \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo \_\_\_\_\_  
Dirección del empleador \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado/Provincia \_\_\_\_\_ Código Postal/P.C. \_\_\_\_\_  
Compañía de seguros \_\_\_\_\_ No. de grupo \_\_\_\_\_ Política/No. de identificación \_\_\_\_\_  
Dirección de la compañía de seguros \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado/Provincia \_\_\_\_\_ Código Postal/P.C. \_\_\_\_\_  
¿De cuánto es su deducible? \_\_\_\_\_ ¿Cuánto ha usado? \_\_\_\_\_ Beneficio máximo anual \_\_\_\_\_

¿TIENE ALGÚN SEGURO ADICIONAL?  Sí  No

SI LA RESPUESTA ES SÍ, LLENE LO SIGUIENTE:

Nombre del asegurado \_\_\_\_\_ Relación con el Paciente \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ No. de seguro social \_\_\_\_\_ Fecha de empleo \_\_\_\_\_  
Nombre del empleador \_\_\_\_\_ No. de sindicato o gremio local \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo \_\_\_\_\_  
Dirección del empleador \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado/Provincia \_\_\_\_\_ Código Postal/P.C. \_\_\_\_\_  
Compañía de seguros \_\_\_\_\_ No. de grupo \_\_\_\_\_ Política/No. de identificación \_\_\_\_\_  
Dirección de la compañía de seguros \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado/Provincia \_\_\_\_\_ Código Postal/P.C. \_\_\_\_\_  
¿De cuánto es su deducible? \_\_\_\_\_ ¿Cuánto ha usado? \_\_\_\_\_ Beneficio máximo anual \_\_\_\_\_

Sigue en la hoja siguiente



# Antecedentes Médicos del Paciente

Médico \_\_\_\_\_ No. de teléfono de la consulta \_\_\_\_\_

	Sí	No		Sí	No
1. ¿Se encuentra ahora bajo tratamiento? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10. ¿Esta usando lentes de contacto? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Ha estado alguna vez hospitalizada por alguna intervención quirúrgica o enfermedad grave durante los últimos 5 años? ..	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	11. ¿Es alérgico o ha sufrido alguna reacción alérgica a los siguientes elementos?		
Si la respuesta es sí, explique _____			Anestesia Local (por ejemplo, Novocaina) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Toma algún medicamento(s) incluidos los medicamentos sin receta médica? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Penicilina o cualquier otro antibiótico. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si la respuesta es sí, ¿qué medicamento(s) está tomando?			Medicamentos con Sulfa .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Ha tomado alguna vez Fen-Phen/Redux? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Barbitúricos .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ¿Ha tomado alguna vez Fosamax, Boniva, Actonel o algún medicamento para el cáncer que contenga bisfosfonatos? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sedantes .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ¿Ha tomado Viagra, Revatio, Cialis o Levitra en las últimas 24 horas? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Yodo .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ¿Consume tabaco? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Aspirina .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ¿Usa sustancias controladas? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Algún Metal (por ejemplo, níquel, mercurio, etc.) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. ¿Tiene o ha tenido alguno de los siguientes?			Látex/Goma .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hipertensión Arterial .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otro (pro favor enumere) _____		
Ataque Cardíaco .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	12. ¿Tiene tos o aclaración de la garganta persistente no asociada con una enfermedad conocida (que haya durado más de 3 semanas)? ..	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fiebre Reumática .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	13. Sólo Mujeres:		
Hinchazón de Tobillos .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	a) ¿Está actualmente embarazada o cree que pueda estarlo? ..	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Desmayo/Ataques .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	b) ¿Está amamantando? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asma .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	c) ¿Está tomando anticonceptivos orales? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Presión Arterial Baja .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Epilepsia/Convulsiones .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor en el pecho .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leucemia .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Quedar Fácilmente sin Aliento ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Derrame Cerebral .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedad Renal .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fiebre del Heno/Alergias .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SIDA o Infección de VIH .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tuberculosis .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problema de Tiroides .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Radioterapia .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cardiopatía .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Glaucoma .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Marcapasos Cardíaco .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pérdida de Peso Reciente .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soplo Cardíaco .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad Hepática .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Angina .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas al Corazón .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cansancio Frecuente .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas Respiratorios .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anemia .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Prolapso de la Válvula Mitral. ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfisema .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otros _____		
Cáncer .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Artritis .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Implante o Reemplazo de Articulaciones .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Hepatitis/Ictericia .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Enfermedades de transmisión sexual ..	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Problemas Estomacales/Úlceras .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

# Antecedentes Dentales del Paciente

Nombre y Ubicación del Dentista Anterior \_\_\_\_\_

	Sí	No		Sí	No
1. ¿Sangran sus encías mientras se cepilla o usa la seda dental? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8. ¿Tiene dolores de cabeza frecuentes? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Sus dientes son sensibles a los alimentos o líquidos calientes o fríos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9. ¿Aprieta o rechina los dientes? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Sus dientes son sensibles a los alimentos o líquidos dulces o amargos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10. ¿Se muerde los labios o mejilla con frecuencia? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Siente dolor en alguno de sus dientes? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	11. ¿Ha tenido extracciones difíciles en el pasado? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ¿Tiene alguna llaga o bulto en la boca o alrededor de ella? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	12. ¿Ha tenido alguna vez alguna hemorragia prolongada después de una extracción? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ¿Ha tenido lesiones en la cabeza, cuello o mandíbula? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	13. ¿Ha tenido algún tratamiento de ortodoncia? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ¿Ha experimentado alguno de los siguientes problemas en su mandíbula?			14. ¿Usa prótesis totales o parciales? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chasquido .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si la respuesta es sí, fecha de postura _____		
Dolor (articulación, oído, costado de la cara) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	15. ¿Ha recibido alguna vez instrucciones de higiene bucal concerniente al cuidado de sus dientes y encías? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dificultad para abrirla o cerrarla .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	16. ¿Le gusta su sonrisa? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dificultad para mascar .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

# Autorización y Entrega de Información

Certifico que he leído y que comprendo la información anterior, a mi entender. Las preguntas anteriores se han contestado en forma precisa. Comprendo que proporcionar información incorrecta puede ser peligroso para mi salud. También autorizo al dentista a entregar cualquier información incluido el diagnóstico y registros de cualquier tratamiento o exámenes prestados a mi o a mi hijo durante el periodo de dicha atención dental a terceros pagadores y/o a otros profesionales de la salud. Autorizo y solicito a mi compañía de seguros a pagar directamente al dentista o al grupo de dentistas los beneficios del seguro o de lo contrario pagaderos a mi persona. Comprendo que mi compañía de seguros dental puede pagar menos que la boleta real por los servicios. Acepto hacerme responsable de los pagos de todos los servicios prestados en mi nombre o mis cargas.

X

Firma del paciente (o padre/tutor si es menor de edad) \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Comentarios del médico \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_





### Notificación de Prácticas de Privacidad. Reconocimiento del Paciente

Nombre de Paciente \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

He recibido el aviso de prácticas de privacidad de esta práctica escrito en lenguaje sencillo. El aviso provee en detalle los usos y revelaciones de mi información de salud protegida que puede ser hecha por esta práctica, mis derechos individuales y los deberes legales de la práctica con respecto a mi información de salud protegida. El Aviso incluye:

- Una declaración de que esta práctica es requerida por la ley para mantener la privacidad de la información de salud protegida
- Una declaración de que esta práctica está obligada a cumplir con los términos de aviso vigentes.
- Tipos de usos y revelaciones que esta práctica se permite hacer para cada uno de los siguientes propósitos: tratamiento, pago y operaciones de atención médica.
- Una descripción de cada uno de los otros propósitos para los cuales esta práctica está permitida o requerida para usar o revelar información de salud protegida sin mi consentimiento o autorización por escrito.
- Una descripción de usos divulgados que están prohibidos o están materialmente limitados por la ley.
- Una descripción para otros usos y divulgaciones que serán hechas solamente con mi autorización por escrito y que puedo revocar tal autorización.
- Mi derecho individual con respecto a la información médica protegida y una breve descripción de cómo puedo ejercer estos derechos en relación a:
  - El derecho a quejarse a esta práctica y al secretario de HHS si creo que se han violado mis derechos de privacidad y que no se usarán represalias contra mí en caso de queja.
  - El derecho de solicitar restricciones sobre ciertos usos y divulgaciones de mi información médica protegida, y que esta práctica no está obligada a estar de acuerdo o en desacuerdo con una restricción solicitada
  - El derecho a recibir comunicaciones confidenciales de información médica protegida.
  - El derecho a inspeccionar y copiar la información médica protegida.
  - El derecho a modificar la información sanitaria protegida.
  - El derecho a recibir una contabilidad de las revelaciones de información de salud protegida.
  - El derecho de obtener una copia en papel a la Noticy of Privacy Practices a partir de esta práctica a petición.

Esta práctica se reserva el derecho de cambiar los términos de la Notificación de Prácticas de Privacidad y de hacer nuevas disposiciones efectivas para toda la información de salud protegida que mantiene. Entiendo que puedo obtener el actual Aviso de Prácticas de Privacidad de estas prácticas si pido.

Firma: \_\_\_\_\_

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

Relación con el paciente (si firmado por un representante personal): \_\_\_\_\_



Family Dentistry

Gentle Touch Dental

Angelica Isaza, D.M.D.

### Examen de Cancer Oral

Esta oficina se esfuerza continuamente proporcionar mejoras importantes en el cuidado de la salud bucal de nuestros pacientes. Estamos preocupados por anomalías y su relación con las enfermedades bucales graves, como el cáncer oral y la exploración de tal en cada paciente.

El cáncer oral es una de las enfermedades más mortales con investigaciones que muestran que la detección tardía del cáncer oral como la razón principal en que las tasas de mortalidad son más altas. Al igual que con la mayoría de otros tipos de cáncer, la edad es un factor de riesgo para el cáncer oral. El consumo de tabaco es también un importante factor predisponente, sin embargo 1 de cada 4 que son diagnosticados con cáncer oral no tienen factores de riesgo conocidos .

Encontramos que el uso de VELscope Vx junto con un examen visual mejora nuestra capacidad para identificar zonas sospechosas que se podían haber omitido durante el examen convencional. Detección precoz de anomalías puede minimizar o eliminar los efectos nocivos y potencialmente desfigurantes de enfermedades orales graves como el cáncer y posiblemente salvar su vida. Un examen sin dolor nos da una mejor oportunidad de encontrar cualquier anomalía oral que pueda tener en una etapa temprana. El examen se ofrecerá a usted anualmente.

Su seguro dental puede o no cubrir el examen, sin embargo esta oficina verificará su cobertura para usted y también le proporcionará un formulario de seguro médico a utilizar para presentar este procedimiento con su proveedor de seguro médico. El costo de este examen es \$35.00.

\_\_\_\_\_ **No.** yo preferiría no tener un examen de detección de anomalías orales en este momento.

\_\_\_\_\_ **Si.** Deseo tener una evaluación oral con la cámara de VELscope Vx.

Nombre: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

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

#### Riesgos de cancer oral incluyen:

- Uso de Tabaco
- Consumo cronico de alcohol
- Infeccion de HPV 16/18

**25% de cancer oral ocurre en personas que no fuman o no tienen otros riesgos**





Family Dentistry

*Gentle Touch Dental*

*Angelica Isaza, D.M.D.*

## **Póliza De Cancelación y de Rehacer Citas**

**Tenemos horas convenientes para servir a nuestros pacientes, reservamos tiempo exclusivamente para cada paciente. Trabajaremos con usted para hacer citas que maximicé su cuidado en lo menos cantidad de citas posible.**

**Cuando nosotros reservamos una cita para un paciente, ese paciente es el único paciente citado a esa hora para la doctora o la higienista. La atención de la doctora o la higienista es sola para el cuidado de ese paciente y el tiempo permitido es muy importante. Cada cita en el tratamiento del paciente hace que la persona esté más cerca de completar lo necesario en la odontología de él o ella.**

**Estoy segura que usted entiende que necesitamos reglas respectó a cancelaciones. Nuestra póliza es que todo cambios de cita sea echa 48 horas por adelantado para que nos dé tiempo de hacer cita a otros pacientes que necesitan tratamiento. Sin este aviso nosotros cobramos \$50 por cancelaciones de última hora.**

**Esperamos en el futuro que usted nos de la noticia que nos de flexibilidad. Mas importante esperamos que pueda mantener sus citas programadas para que juntos podamos completar su odontología necesaria. Espero verte en su próxima cita.**

**Gracias por entender.**

\_\_\_\_\_  
**Firma Del Paciente**

\_\_\_\_\_  
**Si es menor firma de Padre o Guardián**

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