

Formulario para la Historia de Salud

ADA American Dental Association®
America's leading advocate for oral health

Email: Fecha de hoy:

Como lo requiere la ley, nuestra oficina se adhiere a las políticas y a los procedimientos escritos para proteger la privacidad de la información que creamos, que recibimos o que mantenemos sobre usted. Sus respuestas son para nuestros registros solamente y se mantendrán en forma confidencial de acuerdo a las leyes vigentes. Por favor, advierta que se le harán algunas preguntas sobre sus respuestas a este cuestionario y que pueden hacerle preguntas adicionales respecto a su salud. Esta información es vital y nos permitirá entregarle una atención apropiada. Esta oficina no usará estos datos para hacer discriminaciones.

Nombre:		Teléfono de Casa: Incluye código del área		Teléfono de Oficina/Celular: incluye código del área	
Apellido	Nombre	2o Nombre	()	()	
Dirección:		Ciudad:		Estado: Código postal:	
Dirección postal					
Ocupación:		Altura:	Peso:	Fecha de nacimiento:	Sexo: M F
SS# o ID del Paciente:		Contacto en Emergencias:		Parentesco:	Teléfono: Incluye código del área
				()	Teléfono celular: Incluye código del área
				()	()
Si usted está llenando este formulario para otra persona, qué parentesco tiene con esa persona?					
Su Nombre			Parentesco		
			(Marque NS si usted No Sabe la respuesta a esta pregunta)		
Tiene alguna de estas enfermedades o problemas:					Sí No NS
Tuberculosis activa					<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Tos persistente de más de 3 semanas de duración					<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Tos que produce sangre					<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Ha estado en contacto con alguien que tiene tuberculosis					<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Si su respuesta es Sí a cualquiera de estos 4 problemas, por favor deténgase y devuelva este formulario a la recepcionista.					

Información Dental En las preguntas siguientes haga el favor de marcar su respuesta con una (X) donde corresponda.

	Sí	No	NS		Sí	No	NS
Le sangran las encías cuando se cepilla o cuando usa seda dental?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sufre de dolor de oídos o del cuello?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le duelen los dientes con el frío, calor, con los dulces o al presionar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tiene algún ruido, salto o molestia en la mandíbula?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le quedan alimentos o seda dental atrapados entre los dientes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tiene bruxismo o hace rechinar los dientes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sufre de boca seca?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tiene lesiones o úlceras en su boca?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ha tenido algún tratamiento periodontal (de la encía)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Usa dentaduras (placas) completas o parciales?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ha tenido tratamientos de ortodoncia (con aparatos)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Participa en actividades energéticas de recreación?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ha tenido algún problema asociado con un tratamiento dental anterior?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ha sufrido alguna lesión grave en la cabeza o en la boca?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Está fluorada el agua que llega a su casa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fecha de su último examen dental:			
Bebe usted agua embotellada o filtrada?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Qué le hicieron en esa ocasión?			
Si es así, con qué frecuencia? Marque su respuesta con un círculo: A DIARIO / SEMANALMENTE / OCASIONALMENTE				Fecha de su última radiografía dental:			
Tiene dolor o molestias dentales en este momento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Cuál es el motivo de su visita al dentista hoy?							
Cómo se siente con su sonrisa?							

Información Médica Haga el favor de marcar su respuesta con una (X) para indicar si tiene o ha tenido alguna de las siguientes enfermedades o problemas.

	Sí	No	NS		Sí	No	NS
Se encuentra ahora bajo el cuidado de un médico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ha tenido alguna enfermedad grave, operación o ha sido hospitalizado/a en los últimos 5 años?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Médico:	Teléfono: Incluye código del área			Si es así, cuál fue la enfermedad o el problema?			
Nombre	()						
Dirección/Ciudad/Estado/Código:				Está tomando o ha tomado recientemente algún medicamento recetado o sin receta?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se encuentra usted sano/a?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si es así, por favor indique cuáles son, incluyendo vitaminas, preparados naturales o a base de hierbas y/o suplementos dietéticos:			
Ha habido algún cambio en su salud general durante el último año?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Si es así, qué condición le están tratando?							
Fecha de su último examen médico:							

Dr. Alicia G. Rodríguez DDS, PA

18 Johnston Blvd. Asheville, NC 28806

Phone (828) 254-1561 ~ Fax (828) 254-1599

www.ncsmileteam.com

info@ncsmileteam.com

Arreglo de Financiamiento

Estamos contentos de poder aceptar su seguro dental. Esto es una cortesía que ofrecemos en esta oficina a nuestros pacientes, pero por favor comprenda que finalmente usted es responsable por el pago completo del trabajo que se le ha hecho a usted en nuestra oficina.

Si usted no tiene seguro dental, esperamos el pago por el total de la cita el mismo día. Metodos de pago que aceptamos son: Efectivo, Visa, MasterCard, Discover, CareCredit y cheque.

En esta oficina aceptamos la asignación de la seguro, es decir, usted paga su porcentaje en cada cita y el deducible anual y nosotros mandamos el cobro a el seguro. La mayoría de los seguros no cubren todos los gastos dentales, entonces, usted tendra un co-pago cada vez que viene a hacerse tratamiento dental. El co-pago esta determinado con la informacion que la compania de seguros nos mande, pero es una estimacion solamente. A veces, las companias de seguros pagan un poquito mas o un poquito menos de la estimacion. En este caso, tendria usted que pagar la diferencia o aplicariamos un credito en su cuenta. No se olvide de pagar su porción en cada cita.

Esta oficina no tiene ningun contrato con los seguros dentales. El contrato es entre usted y la compania de seguros. Nosotros aceptamos la asignacion del seguro (la parte que pague el seguro) pero no somos responsables del pago del seguro. Usted, el paciente, es responsable por su propio seguro. Usted paga su porcentaje en cada cita y nosotros cobramos al seguro por su parte, pero ultimamente, usted es responsable por el pago completo.

Nos alegra el poder ayudarles con su tratamiento dental. Si tiene alguna pregunta, nos puede llamar al 828-254-1561. Estamos en el consultorio martes a viernes y con mucho gusto le ayudaremos con cualquier duda o pregunta.

He leído y entiendo la informacion sobre el seguro dental.

Firma:

Nombre:

Fecha :

Dr. Alicia G. Rodríguez DDS, PA

18 Johnston Blvd. Asheville, NC 28806

Phone (828) 254-1561 ~ Fax (828) 254-1599

www.ncsmileteam.com

info@ncsmileteam.com

CONSENTIMIENTO DE EXTRACCION

Nombre: Sierra Onofri **Fecha:** October 9, 2018

Fecha de Nacimiento: May 11, 2001

Tooth # _____

Acerca del tratamiento propuesto

Una extracción supone sacar uno o más dientes. Dependiendo de su condición, esto puede requerir cortar el diente o las encías o quitar hueso. Si ocurre alguna dificultad durante el tratamiento, yo podría darle referencia a un cirujano oral, un dentista quien especializa en sacar dientes y hacer otros procedimientos quirúrgicos.

Beneficios y alternativos

El tratamiento propuesto le ayudará a aliviar sus síntomas a también puede permitirle proceder con mas tratamiento propuesto. No hay otro tratamiento alternativo razonable que le aliviará los síntomas.

Riesgos comunes

1. Sangrando, hinchando, malestar, e infección: Después del tratamiento usted puede experimentar sangriento, dolor, hinchazón, y malestar durante varios días, lo cual puede tratarse con medicamento para el dolor. También puede experimentar una infección después del tratamiento, lo cual se trataría con antibióticos.
2. Reacción a la anestesia y/o sedación: Usted recibirá una anestesia local y posiblemente un sedativo (tranquilizador) para mantenerle cómodo durante el tratamiento. En raros ocasiones pacientes experimentan una reacción alérgica a la anestesia, lo cual puede requerir atención médica emergente, o ven que reduce su habilidad de controlar el tragar, lo cual aumenta la probabilidad de tragar objetos ajenos durante el tratamiento. Sedativos pueden hacerle cansado temporalmente o reduce su coordinación.
3. Articulación de la mandíbula rígida o dolorida: Mantener la boca abierta durante el tratamiento puede dejar su mandíbula temporalmente rígida o dolorida y puede ser difícil abrir la boca bien durante varios días después. El tratamiento también puede dejar las esquinas de la boca rojas o agrietadas durante varios días.
4. Alveolitis seca: El coagulo que forma en el alveolo vacío del diente puede desintegrar o desplazarse, por ejemplo, como resultado de fumar o beber con una pajita. Esta condición dolorosa, llamada alveolitis seca, dura una semana o más y se trata mediante un vendaje medicado en el alveolo para ayudarlo a curar.
5. Daño a los dientes contiguos: En algunos casos, los instrumentos que se usan en extraer un diente pueden dañar dientes contiguos, lo cual podría requerir más tratamiento para restaurar sus apariencias.
6. Apertura en los senos: Con los dientes de superiores, las raíces a veces extienden por encima del hueso envolvente hasta los senos, las cavidades naturales en el hueso mas allá de las mejillas.
7. Fractura del hueso: Dependiendo de la ubicación del diente o de los dientes que se van a extraer, el tratamiento puede causar una fractura en el hueso que lo rodea. En raras instancias el diente o los dientes que se van a extraer pueden estar fusionados al hueso que los rodea. Ambas situaciones pueden requerir más tratamiento.

8. Fragmentos de diente: Dependiendo de la condición y posición del diente o los dientes que se van a extraer, fragmentos de diente pueden quedarse en el sitio de la extracción siguiendo el tratamiento. Generalmente, esto no causa problemas, pero en raras ocasiones fragmentos de diente se infectan y deben quitarse.
9. Cambios a sensaciones de nervio: Los nervios que controlan las sensaciones en la boca, las encías, la lengua, los labios y el mentón corren por la mandíbula. Dependiendo del diente o los dientes que se van a extraer (en particular los dientes de abajo o las muelas), en raras instancias puede ser imposible evitar tocar, mover, estirar, lastimar, cortar, o romper a un nervio. Esto podría cambiar las sensaciones normales de cualquier de estas áreas, causando picazón, hormigueo, o una sensación de quemadura (que se llama parestesia) o la pérdida de todas las sensaciones (que se llama anestesia). Estos cambios pueden durar desde varias semanas hasta varios meses o en algunos casos, indefinidamente.

Consecuencias de no hacer el tratamiento

Este curso de tratamiento le ayudará a aliviar los síntomas. Si no hiciera ningún tratamiento, usted seguiría experimentando los síntomas, que podrían incluir dolor y/o infección, deterioración del hueso que rodea los dientes, cambios a la mordida, incomodidad en la mandíbula y posiblemente la pérdida precipitada de estos y otros dientes.

Información adicional:

Se harán todos los esfuerzos razonables para asegurar que su condición se trata adecuadamente, aunque no es posible garantizar resultados perfectos. En firmar abajo, usted reconoce que ha recibido información adecuada acerca del tratamiento propuesto, que usted entiende esta información y que todas sus preguntas se han contestado por completo.

___ Doy me consentimiento para el propuesto tratamiento como está descrito arriba.

___ Niego dar me consentimiento para el propuesto tratamiento como está descrito arriba. Me han informado de las potenciales consecuencias de mi decisión de rechazar el tratamiento.

Firma del paciente/ Fecha October 9, 2018

Firma del dentista/ Fecha October 9, 2018

Firma del testigo/ Fecha October 9, 2018