

# INFORMACIÓN DEL PACIENTE NUEVO



## INFORMACIÓN DEL PACIENTE

<input type="checkbox"/> Sr. <input type="checkbox"/> Sra. <input type="checkbox"/> Srta. <input type="checkbox"/> Dr(a).	Primer nombre del/la paciente (Apodo)	Segundo nombre	Apellido
Nº de seguro social	Fecha de nac. (mes/día/año) / /	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Estado civil (marque con un círculo una opción) Soltero(a) / Casado(a) / Divorciado(a) / Separado(a) / Viudo(a)
Dirección postal	UNIDAD	Ciudad	Estado Código postal
Dirección de correo electrónico	Teléfono celular ( )		Teléfono de casa ( )
Empleador/nombre de la escuela (si es estudiante)	Estado laboral <input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Tiempo parcial		Teléfono del trabajo ( )
<input type="checkbox"/> Sr. <input type="checkbox"/> Sra. <input type="checkbox"/> Srta. <input type="checkbox"/> Dr(a).	Primer nombre del cónyuge (Apodo)	Segundo nombre	Apellido (dejar en blanco si no hay respuesta)
¿Cómo prefiere que le contactemos? (quizás le contactemos por sus citas/cuidados)		Cuál es la mejor hora para contactarle?	

## ¿Cómo se enteró acerca de nosotros?

Marque una de las siguientes opciones:

- |                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                              |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Derivación del paciente<br><input type="checkbox"/> Empleado(a)<br><input type="checkbox"/> Amigo<br>Nombre:<br>_____ | <input type="checkbox"/> Mail directo/folleto<br><input type="checkbox"/> Búsqueda por Internet<br><input type="checkbox"/> Publicidad en revista/periódico<br><input type="checkbox"/> Páginas amarillas/guía telefónica<br><input type="checkbox"/> Cartel publicitario<br><input type="checkbox"/> Folleto | <input type="checkbox"/> Feria de salud o evento especial<br>_____<br><input type="checkbox"/> Agenda de marketing del empleador<br><input type="checkbox"/> Notificación/correo electrónico de RRHH del empleador<br><input type="checkbox"/> Señalización digital/póster de RRHH del empleador<br><input type="checkbox"/> Cerca del trabajo/casa | <input type="checkbox"/> Evento deportivo<br>_____<br><input type="checkbox"/> Otro<br>_____ |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|

## PARTE RESPONSABLE/INFORMACIÓN DEL TUTOR (si es otra persona que no sea Ud. o su cónyuge)

<input type="checkbox"/> Sr. <input type="checkbox"/> Sra. <input type="checkbox"/> Srta. <input type="checkbox"/> Dr(a).	Nombre del tutor (Apodo)	Segundo nombre	Apellido
Nº de seguro social	Fecha de nac. (mes/día/año) / /	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Relación con el paciente
Dirección de correo electrónico	Número de celular ( )	¿Esta persona es paciente de nuestro consultorio? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

## INFORMACIÓN DE SEGURO PRIMARIO

(Bríndenos su tarjeta del seguro actual con los documentos completos)

<input type="checkbox"/> Sr. <input type="checkbox"/> Sra. <input type="checkbox"/> Srta. <input type="checkbox"/> Dr(a).	Primer nombre del asegurado primario	Segundo nombre	Apellido
No. de seguridad social o identificación del suscriptor	Fecha de nac. (mes/día/año) / /	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Relación con el paciente
Empleado asegurado	Compañía aseguradora	Grupo #	

## INFORMACIÓN DE SEGURO SECUNDARIO (si aplica)

<input type="checkbox"/> Sr. <input type="checkbox"/> Sra. <input type="checkbox"/> Srta. <input type="checkbox"/> Dr(a).	Primer nombre del asegurado secundario	Segundo nombre	Apellido
No. de seguridad social o identificación del suscriptor	Fecha de nac. (mes/día/año) / /	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Relación con el paciente
Empleado asegurado	Compañía aseguradora	Grupo #	

## HISTORIA CLÍNICA DENTAL/ORAL DEL PACIENTE

Motivo de la visita de hoy: <input type="checkbox"/> Control <input type="checkbox"/> Limpieza <input type="checkbox"/> Dolor de dientes <input type="checkbox"/> Emergencia (Explicación):	Fecha de la última visita dental: / /	Fecha del último examen de cáncer oral: / /
Razón por la que dejó de ir a su dentista anterior:	Nombre y ubicación del dentista anterior:	

¿Tiene algunos de los siguientes síntomas? (Marque las casillas que apliquen)

- |                                                                     |                                                                          |                                                                    |
|---------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Sensibilidad (caliente, frío, dulce)       | <input type="checkbox"/> Sangrado, hinchazón o irritación de encías      | <input type="checkbox"/> Crujido en la mandíbula                   |
| <input type="checkbox"/> Dolor o molestia                           | <input type="checkbox"/> Dolor de cabeza, cuello o mandíbula (o heridas) | <input type="checkbox"/> Tensas o rechinas los dientes             |
| <input type="checkbox"/> Dientes flojos o rotos, arreglos y coronas | <input type="checkbox"/> Llagas o bultos cerca de la garganta o boca     | <input type="checkbox"/> Halitosis o sabor desagradable en la boca |

¿Tiene o tuvo alguno de los siguientes? (Marque las casillas que apliquen)

- |                                                                              |                                                                        |                                                                 |
|------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Tratamientos de ortodoncia, como frenos o retenedor | <input type="checkbox"/> Dentadura postiza o dentadura postiza parcial | <input type="checkbox"/> Tratamientos periodontales (de encías) |
|------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|

Si pudiera blanquear los dientes por un costo razonable, ¿lo haría?  Sí  No

¿Fuma o mastica tabaco?  Sí  No Si la respuesta es sí, ¿cuánto y desde hace cuánto?

Si pudiera arreglar su sonrisa, ¿lo haría? (Marque las casillas que apliquen)

- |                                                        |                                                      |                                                                       |
|--------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Dientes más brillosos/blancos | <input type="checkbox"/> Dientes más parejos         | <input type="checkbox"/> Reducir los espacios                         |
| <input type="checkbox"/> Reemplazar arreglos de metal  | <input type="checkbox"/> Arreglar dientes astillados | <input type="checkbox"/> Reemplazar piezas faltantes o coronas viejas |

En una escala del 1 al 10, donde 10 es el puntaje más elevado:

¿Qué tan importante es la salud dental para Ud.? (marque con un círculo una opción)    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10

¿Cómo calificaría el estado de su salud dental? (marque con un círculo una opción)    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10

¿Qué es lo más importante para usted sobre su futura sonrisa y salud dental?

¿Qué es lo más importante para usted sobre la visita de hoy?

## HISTORIA DEL SUEÑO DEL PACIENTE

Marque la casilla si en la actualidad tiene o tenía alguno de los siguientes comportamientos o enfermedades:

- |                                                                                   |                                                                |                                                                                                           |
|-----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Sensación de cansancio o falta de energía durante el día | <input type="checkbox"/> Ronquidos (o que te digan que roncas) | <input type="checkbox"/> Dificultad para respirar mientras duermes                                        |
| <input type="checkbox"/> Siestas frecuentes durante el día                        | <input type="checkbox"/> Usar o alguna vez haber usado CPAP    | <input type="checkbox"/> ¿Le interesaría realizar un estudio de sueño para un diagnóstico complementario? |

## INFORMACIÓN DE CONTACTO DEL DOCTOR Y DE EMERGENCIAS

Nombre del contacto de emergencia	Relación con el paciente	Número telefónico de contacto (    )
Nombre del doctor principal	Ubicación del consultorio	Número telefónico del médico (    )
Nombre de la farmacia preferida	Ubicación	Número de teléfono

## HISTORIA CLÍNICA DEL PACIENTE

¿Se encuentra actualmente bajo el cuidado de un médico?  Sí  No Si la respuesta es sí, describa a continuación:

¿Toma algún medicamento, incluyendo medicamentos sin receta?  Sí  No Si la respuesta es sí, enumere los medicamentos que toma y por qué:

¿Tuvo alergias o una reacción adversa a algún medicamento o sustancia, incluso comidas?

¿Tuvo alguna enfermedad seria, una operación u hospitalización en los últimos 5 años? ¿O tuvo algún cambio reciente en el estado de salud general?  Sí  No  
En caso afirmativo, explique:

Solo mujeres:  ¿Está embarazada o en periodo de lactancia?  Sí  No  ¿Toma pastillas anticonceptivas?  Sí  No

**Marque la casilla si en la actualidad tiene o tuvo alguno de los siguientes comportamientos o enfermedades:**

**ESCRIBA COMENTARIOS PARA CUALQUIERA DE LAS CASILLAS MARCADAS A CONTINUACIÓN:**

- |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Sangrado anormal<br><input type="checkbox"/> Consumo excesivo de alcohol<br><input type="checkbox"/> Anemia<br><input type="checkbox"/> Ansiedad<br><input type="checkbox"/> Angina de pecho<br><input type="checkbox"/> Artritis<br><input type="checkbox"/> Huesos/articulaciones artificiales o que fueron reemplazadas<br><input type="checkbox"/> Válvula cardíaca artificial<br><input type="checkbox"/> Asma<br><input type="checkbox"/> Uso de biofosfato<br><input type="checkbox"/> Problemas de sangrado<br><input type="checkbox"/> Enfermedad hemática<br><input type="checkbox"/> Transfusión de sangre<br><input type="checkbox"/> Cáncer o quimioterapia<br><input type="checkbox"/> Problemas de circulación<br><input type="checkbox"/> Colitis<br><input type="checkbox"/> Defectos/lesiones congénitas de corazón<br><input type="checkbox"/> Tratamientos con cortisona<br><input type="checkbox"/> Cirugía plástica<br><input type="checkbox"/> Tos persistente o con expectoración de sangre<br><input type="checkbox"/> Tipo de diabetes: _____<br><input type="checkbox"/> Dificultad para respirar persistente<br><input type="checkbox"/> Consumo excesivo de drogas<br><input type="checkbox"/> Enfisema<br><input type="checkbox"/> Epilepsia | <input type="checkbox"/> Desmayos o mareos<br><input type="checkbox"/> Ampollas debido a la fiebre<br><input type="checkbox"/> Dolores de cabeza frecuentes<br><input type="checkbox"/> Glaucoma<br><input type="checkbox"/> Fiebre del heno<br><input type="checkbox"/> Ataque cardíaco<br><input type="checkbox"/> Soplo cardíaco<br><input type="checkbox"/> Cirugía del corazón<br><input type="checkbox"/> Otras enfermedades coronarias: _____<br><input type="checkbox"/> Hemofilia<br><input type="checkbox"/> Tipo de hepatitis: _____<br><input type="checkbox"/> Hipertensión arterial<br><input type="checkbox"/> VIH/SIDA<br><input type="checkbox"/> Enfermedad renal<br><input type="checkbox"/> Enfermedad hepática<br><input type="checkbox"/> Baja presión arterial<br><input type="checkbox"/> Enfermedades del pulmón<br><input type="checkbox"/> Prolapso de la válvula mitral<br><input type="checkbox"/> Trasplantes de órganos: _____<br><input type="checkbox"/> Marcapasos<br><input type="checkbox"/> Fenfluramina-Fentermina<br><input type="checkbox"/> Pneumocystis<br><input type="checkbox"/> Problemas psiquiátricos<br><input type="checkbox"/> Terapia de radiación<br><input type="checkbox"/> Enfermedad respiratoria | <input type="checkbox"/> Fiebre reumática<br><input type="checkbox"/> Alergias estacionales<br><input type="checkbox"/> Convulsiones<br><input type="checkbox"/> Herpes zóster<br><input type="checkbox"/> Anemia falciforme<br><input type="checkbox"/> Problemas de sinusitis<br><input type="checkbox"/> Erupciones en la piel<br><input type="checkbox"/> Apnea del sueño<br><input type="checkbox"/> Accidente cerebrovascular<br><input type="checkbox"/> Cirugías: _____<br><input type="checkbox"/> Hinchazón de pies/tobillos<br><input type="checkbox"/> Ganglios inflamados<br><input type="checkbox"/> Problemas de tiroides<br><input type="checkbox"/> Trastorno temporomandibular o trastorno de la articulación temporomandibular<br><input type="checkbox"/> Uso de tabaco (fumar o sin fumar)<br><input type="checkbox"/> Tonsilitis<br><input type="checkbox"/> Tuberculosis<br><input type="checkbox"/> Tumor o bulto en la cabeza o en el cuello<br><input type="checkbox"/> Úlceras<br><input type="checkbox"/> Enfermedad venérea<br><input type="checkbox"/> Pérdida de peso (sin explicación)<br><input type="checkbox"/> Ictericia<br><input type="checkbox"/> Otras (enumerar): _____ |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

**MARQUE LA CASILLA SI ERES ALÉRGICO A ALGUNA DE LAS SIGUIENTES:**

- |                                     |                                       |                                          |                                                  |
|-------------------------------------|---------------------------------------|------------------------------------------|--------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Aspirinas  | <input type="checkbox"/> Codeína      | <input type="checkbox"/> Estética dental | <input type="checkbox"/> Penicilina              |
| <input type="checkbox"/> Joyas      | <input type="checkbox"/> Látex        | <input type="checkbox"/> Metales         | <input type="checkbox"/> Otras (enumerar): _____ |
| <input type="checkbox"/> Sulfamidas | <input type="checkbox"/> Tetraciclina | <input type="checkbox"/> Eritromicina    |                                                  |

*Certifico que leí y que comprendo la información anterior a mi leal saber y entender. Respondí a las preguntas anteriores con precisión. Comprendo que dar información incorrecta puede ser peligroso para mi salud. Autorizo a que los beneficios del seguro se paguen directamente al dentista. También autorizo al dentista a divulgar cualquier información, incluidos el diagnóstico y el registro de mis tratamientos o exámenes míos o de mi hijo/a durante el periodo de atención dental a una tercera parte o a los doctores.*

\_\_\_\_\_  
Firma del/de la Paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

# RESUMEN DE POLÍTICAS

Gracias por elegir Access Health Dental como proveedor de su atención dental. Es muy importante para nosotros establecer una relación contigo para ofrecerte el mejor cuidado en el mejor ambiente posible. Para cerciorarnos de que el acuerdo es mutuo, lea una breve descripción de las políticas en nuestro consultorio. Contamos con una versión detallada de cada política si la necesita.

## POLÍTICA FINANCIERA

Para poder coordinar su cuidado dental, le ofrecemos diferentes opciones. Aceptamos efectivo, cheques, Visa, MasterCard, American Express y Discover. También tenemos opciones de financiación de terceros. Para los menores que no están acompañados por un adulto, solicitamos que los arreglos financieros se realicen antes del día de la cita.

A modo de cortesía para con nuestros pacientes con seguro dental, con gusto presentaremos los reclamos de pago al seguro por Ud. para ayudarle a maximizar sus beneficios. Debido a que nuestro personal del consultorio procesa sus formularios de seguro, es importante que comprendas que esto no elimina su obligación financiera para el tratamiento. Calcularemos la cobertura de su seguro y la parte que tiene que abonar por el tratamiento, pagadero en la fecha del servicio. Ya que esta cifra solo es estimada, puede que tenga saldo pagadero adicional o que expidamos un crédito o una devolución luego de que hayamos percibido el pago de su compañía de seguro. Es importante resaltar que el saldo de tu cuenta es tu responsabilidad, sin importar la cobertura de tu operador de seguro.

## POLÍTICA DE LA CITAS A LAS QUE NO ASISTE

Ayúdenos a servirle a Ud. y a todos nuestros pacientes de la mejor manera: asista a sus citas agendadas. Si es necesario volver a agendar una cita, te pedimos que nos avises con 48 horas de anticipación para evitar un cargo adicional.

## RESUMEN DEL “AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD”

Mantenemos un registro de cada una de sus visitas a nuestro consultorio y nos comprometemos a proteger la información de salud que contiene el registro. Generalmente, el registro contiene información sobre su salud y su salud dental, junto con nuestros juicios profesionales, diagnósticos y tratamientos. El registro le pertenece a Access Health Dental, pero la información del registro es suya.

El “Aviso de las prácticas de privacidad” de Access Health Dental es una explicación detallada de cómo podemos utilizar su información de salud y tu derecho a examinar, copiar o modificar lo que se registró. La ley y nuestro propio código de ética nos obligan a mantener esta información sobre ti de manera privada, a brindarte una copia de este “Aviso” y a cumplir con las prácticas establecidas en el “Aviso”.

Enumere a otras personas, en caso de que las haya, con las que nos podamos comunicar en relación con su información de salud o tratamientos:

\_\_\_\_\_

**Usted tiene derecho a recibir una copia impresa de este 'Aviso'. Marque una opción de las siguientes:**

Solicito una copia del “Aviso de las prácticas de privacidad” de Access Health Dental.

No deseo una copia del “Aviso de las prácticas de privacidad” de Access Health Dental en este momento, pero me reservo el derecho a solicitarla más adelante.

*Leí, comprendí y estoy de acuerdo con las políticas mencionadas anteriormente. Comprendo que puedo solicitar una copia de la versión detallada de cada política.*

\_\_\_\_\_

Nombre del/la paciente (en letra de imprenta)

\_\_\_\_\_

Firma del/de la Paciente

\_\_\_\_\_

Fecha