

# Bienvenidos a Safe Dental Care

Gracias por haber seleccionado nuestro grupo dental! Nosotros luchamos para darles el mejor servicio posible. Para poder ayudarlos lo mejor posible por favor llene este formulario con lapizero. Si tiene algunas preguntas porfavor preguntenos y nosotros le ayudaremos con gusto. Sinceramente, Farhad Seif DDS.Inc.

## Information del Paciente( Confidencial)

Nombre: (Apellido) \_\_\_\_\_ (Nombre) \_\_\_\_\_, Fecha de nacimiento \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Seguro Social# \_\_\_-\_\_\_-\_\_\_  
Porfavor circule el apropiado: Hombre// Mujer// // Menor Soltero Casado Divorciado Viudo//  
Direccion: \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Codigo Postal \_\_\_\_\_.  
Telefonos: Casa \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_ Trabajo \_\_\_\_\_ Otro \_\_\_\_\_.  
Empleador del Paciente o padre \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_.  
Direccion del empleador: \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Codigo Postal \_\_\_\_\_.  
Nombre de tu pareja o guardian, \_\_\_\_\_ Empleador \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_.  
Si el paciente es estudiante nombre de la escuela/colegio \_\_\_\_\_, Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_  
Ha quien le podemos dar las gracias por referirlo \_\_\_\_\_.  
Contacto de emergencia \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_.

## Grupo Responsable

Persona responsable de la cuenta \_\_\_\_\_ Relacion al paciente \_\_\_\_\_.  
Direccion \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estad \_\_\_\_\_ Codigo Postal \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_  
Numero de licencia \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Institucion Financiera \_\_\_\_\_  
Empleador \_\_\_\_\_ telefono# \_\_\_\_\_ Esta persona es paciente de nosotros si// no//

## Informacion de Aseguransa

Nombre del asegurado \_\_\_\_\_ Relacion al paciente \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
Seguro Social# \_\_\_-\_\_\_-\_\_\_ Dia empleado \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Empleador \_\_\_\_\_ telefono del trabajo \_\_\_\_\_  
Direccion \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Codigo Postal \_\_\_\_\_  
Compania de Aseguransa \_\_\_\_\_ #de grupo \_\_\_\_\_ # de Union o local \_\_\_\_\_  
Domicilio de Aseguransa \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Numero postal \_\_\_\_\_  
Maximo beneficio anual \_\_\_\_\_ Cuanto ha usado \_\_\_\_\_ Cuanto es su deductible \_\_\_\_\_  
Tiene alguna otra aseguransa? SI// NO// Si tiene conteste lo siguiente

Nombre del asegurado \_\_\_\_\_ Relacion al paciente \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
Seguro Social# \_\_\_-\_\_\_-\_\_\_ Dia empleado \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Empleador \_\_\_\_\_ telefono del trabajo \_\_\_\_\_  
Direccion \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Codigo Postal \_\_\_\_\_  
Compania de Aseguransa \_\_\_\_\_ #de grupo \_\_\_\_\_ # de Union o local \_\_\_\_\_  
Domicilio de Aseguransa \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Numero postal \_\_\_\_\_  
Maximo beneficio anual \_\_\_\_\_ Cuanto ha usado \_\_\_\_\_ Cuanto es su deductible \_\_\_\_\_



# Bienvenidos a Safe Dental Care

## HISTORIA CONFIDENCIAL DE SALUD

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

### I. CIRCULE RESPUESTA APROPIADA (Deje blanco si usted no comprende la pregunta)

1. SI NO Es su salud general Buena?  
Si NO, explica \_\_\_\_\_
2. SI NO ¿Ha habido un cambio en su salud dentro del último año?  
Si es SI, explica \_\_\_\_\_
3. SI NO ¿Ha ido usted al cuarto del hospital o la emergencia o tuvo una enfermedad grave en últimos tres años?  
Si es SI, explica \_\_\_\_\_
4. SI NO ¿Es tratado usted por un physian ahora? Si es SI, explique?  
Fecha del ultimo examen medico \_\_\_\_\_ Motivo del examen \_\_\_\_\_
5. SI NO Ha tenido problemas con tratamientos dentales previos?  
Si es SI, explique \_\_\_\_\_  
Fecha del ultimo examen dental \_\_\_\_\_ Nombre del ultimo dentist \_\_\_\_\_
6. SI NO Siente dolor ahora?  
Si es SI, explique \_\_\_\_\_

### II. HA EXPERIMENTADO LO SIGUIENTE?(por favor circule)

Dolor de Pecho	Sangre en heces	vomito frecuente
Desvanecimientos	Diarrea o estreñimiento	Ictericia
Pérdida de peso significativa Reciente	Frecuencia de micción	Boca Seca
la fiebre	dificultad al orinar	Dificultad para tragar
sudores de Noche	zumbido en el oido	Tobillos hinchados
tos Persistente	dolores de cabeza	Dolor o rigidez de articulacion
Tos con sangre	mareos	falta de aire
Problemas de sangrando	visión borrosa	sed excesiva
Sangre en la orina	moreton fácilmente	problemas de seno

### III USTED HA TENIDO O TIENE ALGO DE LO SIGUIDO?(por favor circule)

Enfermedad cardiaca	SIDA/VIH	Cuidado Psiquiátrico
Historia familiar de enfermedad cardiaca	Cirugias	Osteoporosis
Ataque al Corazon	Hospitalizacion	Enfermedad de tiroides
Articulacion artificial	Diabetes	Asma
Problemas de estomago o ulceras	Historia familiar de diabetes	Hepatitis
Defectos del Corazon	Tumores o cancer	Enfermedad de transmision sexual
Murmullo de Corazon	Quimioterapia	Herpes
Fiebre reumatica	Radiacion	Postimillas o llagas
Enfermedad de piel	Artritis o Reumatismo	Anemia
Endurecimiento de arterias	Emfisema u otros problemas respiratorios	Enfermedad del higado
Presion sanguinea alta	Enfermedades de riñones o vejiga	Problemas de vision
Ataque epileptico	Accidente cerebrovascular	Transplante
Cirugia cosmetica	Desordenes alimenticios	Tuberculosis

### IV ES USTED ALLERGICO O HA TENIDO REACCIONES A LO SIGUIENTE?( por favor circule)

Aspirina	Valium	Tetraciclina
Darvon	Demerol	Vicodin
Codeina	Penicilina	Percodan
Anestesia local(novocaina o xilocaina)	Latex	Comida
Oxido nitroso	Eritromicina	Metal
Otros: _____		

### V. SOLO MUJERES

SI NO Esta o podria estar embarazada? Si esta, en que mes esta? \_\_\_\_\_  
SI NO Esta dando pecho?

# Bienvenidos a Safe Dental Care

SI NO Esta tomando pastillas anticonceptivas?  
**VI. ESTA TOMANDO O HA TOMADO ALGUNAS DE ESTAS LOS ULTIMOS TRES MESES? (por favor)**

Drogas	Tabacco (en cualquier forma)	Antibioticos
Medicinas	Alcohol	Suplementos
Medicamento para perder peso	Bisphosphonate(Fosamax)	Aspirina

Por favor anote cuales \_\_\_\_\_

## VII. HISTORIA DENTAL

Su queja principal	Ultima Visita Dental	Ultimos rayos-x
SI NO	¿Sangran sus encias al cepillar y/o al usar hilo dental?	
SI NO	¿Son los dientes sensibles a liquidos/alimento calientes y/o frios?	
SI NO	¿Son los dientes sensibles a liquidos/ alimentos dulces o agrios?	
SI NO	¿Siente usted cualquier dolor en los dientes?	
SI NO	¿Tiene usted cualquier llaga o postemilla cerca de la boca?	
SI NO	¿Ha tenido usted trauma en la cabeza, el cuello o mandíbula?	
SI NO	¿Tiene usted dolores de cabeza frecuentes?	
SI NO	¿Aprieta usted o rechina los dientes?	
SI NO	¿Muerde usted los labios o las mejillas con frecuencia?	
SI NO	¿Ha tenido usted alguna extracción difícil en el pasado?	
SI NO	Ha tenido usted sangrado prolongado luego de extracciones en el pasado?	
SI NO	¿Ha tenido usted ortodoncia?	
SI NO	¿Ha tenido usted instrucción en el método correcto de cepillar los dientes?	
SI NO	Ha tenido usted instrucción en el cuidado de sus encillas?	

Ha experimentado usted cualquiera de los problemas siguientes en la mandíbula? (por favor circule)  
clicking /// dolor(coyuntura, oido, lado de la cara,) /// dificultad para abrir o cerrar la boca /// dificultad para masticar

## VIII. TODOS LOS PACIENTES

SI NO	Usted a tenido o tiene alguna otra enfermedad o problemas medicos que NO estan en esta lista? Si es SI, Por favor explique: _____
SI NO	Usted ha tenido que tomar medicamento antes de venir al dentista? Si es SI, explique _____
SI NO	Usted ha tomado fen-phen? Si es SI, cuando _____
SI NO	Hay alguna cosa que quiera hablar con el doctor en privado?

*La práctica de la odontología implica tratar la persona entera. Si el dentista determina eso es posible que haya una situación potencialmente médicamente-cedido, la consulta médica pueda ser necesitada antes del comienzo de tratamiento dental. Autorizo al dentista a contactar a mi médico.*

Firma del paciente: \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Nombre de su doctor \_\_\_\_\_

Numero de telefono \_\_\_\_\_

**Yo certifico que he leído y he comprendido esta forma. Según mi mejor saber y entender, yo he contestado cada pregunta completamente y exactamente. Informaré a mi dentista de cualquier cambio en mi salud y/o la medicina. Además, mi dentista, ni cualquier otro miembro de su personal, sera responsable de ningún error ni las omisiones que pueda haber hecho en la terminación de esta forma.**

Firma del paciente o guardian: \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Dentist's Signature \_\_\_\_\_

Date \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_