Seis

HISTORIAL MEDICO *continúa*

Actualmente su salud física es: Buena Regular Pobre

¿Está usted bajo el cuidado de algún médico? Si No

Explique, por favor: _____

¿Usa usted algún medicamento por su cuenta? Si No

Favor de enumerar: _____

Para Mujeres: ¿Toma usted píldoras anti-conceptivas? Si No

¿Está usted embarazada? Si No Num. de Semanas: _____

¿Está usted lactando? Si No

¿Ha padecido usted de alguna de las siguientes enfermedades o problemas médicos?

- Si No Anemia / Tratamiento de Radiación Si No Cirugía de Corazón / Marcapaso
Si No Huesos Artificiales / Coyunturas Si No Hemofilia / Sangra con facilidad
Si No Válvulas Artificiales Si No Hepatitis
Si No Asma / Artritis Si No Presión Arterial Alta / Baja
Si No Transfusión de Sangre Si No SIDA / "HIV"
Si No Cáncer / Quimioterapia Si No Hospitalizado por alguna razón
Si No Defecto Congénito del Corazón Si No Problemas del Riñón
Si No Diabetes / Tuberculosis (TB) Si No Prolapso: Válvula Mitral
Si No Dificultades Respiratorias Si No Problemas Psiquiátricos
Si No Abuso de Drogas / Alcohol Si No Fiebre Reumática / Fiebre Escarlatina
Si No Enfisema / Glaucoma Si No Dolores de Cabeza Severos / Frecuentes
Si No Epilepsia / Convulsiones / Desmayos Si No Herpes Zoster / Culebrilla
Si No Ampollas / Herpes Si No Sinusitis
Si No Ataque del Corazón / Derrame Si No Ulceras / Colitis
Si No Sople Si No Enfermedades Venéreas

Por favor, enumere cualquier otra condición médica seria que haya padecido.

¿Es usted alérgico a alguno de los siguientes medicamentos?

- Si No Anestésico Dental Si No Eritromicina Si No Penicilina
Si No Aspirina Si No Latex Si No Tetraciclina
Si No Codeína Si No Otros

Por favor, enumere cualquier otro medicamento al cual sea usted alérgico:

Siete

HISTORIAL DENTAL

Razón por la cual visita al dentista hoy:

¿Siente dolor? Si No ¿Ha tenido problemas serios con algún tratamiento dental previo? Si No

¿Ha sentido usted dolor o molestia en la coyuntura temporomandibular (TMJ, TMD)? Si No

Actualmente su salud dental es: Buena Regular Pobre

¿Le gusta su sonrisa? Si No ¿Sangran sus encías? Si No

¿Cuántas veces al día usa el hilo dental? _____

¿Cuántas veces al día se cepilla? _____

¿Tipo de cepillo que usa? Duro Mediano Suave

A mi mejor entender, la información dada hoy es correcta. También entiendo que la misma es confidencial y que es mi responsabilidad notificar a la oficina cambios en mi condición de salud. Autorizo al personal dental a practicar los servicios dentales que sean necesarios para luego de haber sido informado dar mi consentimiento para diagnóstico y tratamiento.

Firma: _____ Fecha: _____

De no haber sido aprobado otro convenio, el total de su cuenta debe ser cubierto al recibir el tratamiento.

Gracias por llenar este cuestionario completamente. El mismo ayudará a servirle efectivamente. Nos complacerá contestar sus preguntas.

Nuestra oficina está comprometida a cumplir o a superar las regulaciones de control de infección según ordenadas por OSHA, CDC y el ADA.

USO OFICIAL USO OFICIAL USO OFICIAL USO OFICIAL USO OFICIAL

Yo he revisado verbalmente la información médica / dental que aparece arriba con el paciente aquí mencionado. Iniciales: _____ Fecha: _____

Comentarios del Dentista: _____

HISTORIAL MEDICO AL DIA

1. Fecha: _____ Comentarios: _____ Firma: _____

2. Fecha: _____ Comentarios: _____ Firma: _____

3. Fecha: _____ Comentarios: _____ Firma: _____

North Coast Dental
365 S. Rancho Santa Fe Rd #105
San Marcos, CA 92078
(760)736-9200

Recibo del informe de Normas De Confidencialidad
"Puede Negarse a Firmar esta Hoja"

Yo, _____ he recibido de esta oficina una copia del informe de normas de con confidencialidad.

Escriba su nombre en letra de molde

Firma

Firma

Para Uso de esta Oficina Solamente

Intentamos obtener un recibo escrito del informe de normas de confidencialidad, pero no pudo ser obtenido porque:

_____ La persona o individuo se nego a firmar

_____ Falta de comunicacion no fue posible obtener dicho reconocimiento

_____ Por situacion de emergencia no fue posible obtener dicho reconocimiento

_____ Otra razon (especifique por favor) _____

Nombre del empleado

Nombre de la oficina

Firma del empleado

Fecha

North Coast Dental
365 S. Rancho Santa Fe Rd #105
San Marcos CA 92078
(760)736-9200

Póliza De Cancelación

Queridos pacientes,

Pedimos que notifique a nuestra oficina 24 horas antes de su cita programada. Habrá un cargo de cancelación de \$30. Para evitar esta tarifa, por favor notifique a nuestra oficina 24 horas antes de todas sus citas si debe cancelar o reprogramar.

Yo _____ entiendo las reglas del cobro de cancelación. Si se me cobra, entiendo que sería mi responsabilidad de pagar la tarifa.

Firma del paciente

Fecha