

Envie el Formulario de su Historial Medico por Internet a su Ortodoncista

Ahorre tiempo en el consultorio medico al completar la informacion de su historial de Salud. Tomese unos minutos para llenar esta forma confidencial, haga click en "enviar la forma" en el boton de la parte inferior, su informacion sera enviada a nuestra oficina de forma confidencial. Nosotros ya tendremos su informacion cuando usted llegue a su primera cita. Usted tendra que firmar esta forma para verificar que la informacion que dio sea correcta.

Este sitio Web es compatible con "portabilidad de seguro de sanidad y Acontabilidad (HIPAA). Toda su informacion personal de salud es confidencial, no sera compartida con nadie, sera compartida solo con aquellos involucrados en su tratamiento.

INFORMACION DEL PACIENTE (Patient Information)

Los articulos marcados con asterisco () son obligatorios.*

Nombre (*) _____

Segundo nombre _____

Apellido (*) _____

Prefiero que se me llame (apodo) _____

Direccion (*) Calle _____

Ciudad _____ Estado _____ Codigo postal _____

Telefono de su casa (*) _____

Telefono del trabajo _____

Cellular _____

Correo electronic (*) _____

Fecha de nacimiento. Mes. _____ Dia. _____ Year _____

Sexo: Hombre _____ Mujer _____

Numero de seguro social (solo para U.S.A) _____

Pasatiempo favorito _____

Toca algun instrumento musical? _____

Escuela _____

En que grado _____

Si el paciente es menor de edad. Proporcione el nombre del padre o del tutor _____

Telefono de la persona responsable _____

Forme parte de nuestro club para niños. Por favor denos el Nombre y fecha de nacimiento de todos Los miembros de la familia _____

A que número de telefono podemos llamar en caso de emergencia _____

Tiene seguro Dental? _____

Nombre de su dentista familiar? _____

Como se entero de nosotros? _____

A quien podemos agradecer por referirlo a nuestra oficina? _____

HISTORIA DE SALUD (Health History)

Por favor llene esta seccion lo mejor que pueda.

Es importante para nosotros estar al tanto de cualquier problema de salud que pueda afectar el tratamiento que usted recibe en nuestra oficina. Esta informacion es estrictamente confidencial

Nombre de su doctor _____

Direccion Calle _____ Ciudad _____

Estado _____ Codigo postal _____

Telefono _____

Por favor conteste lo siguiente:

Tiene buena salud? _____

Ha habido algun cambio en su estado general de salud en el ultimo año? _____

Fecha del ultimo examen fisico _____

Esta ahora viendo al doctor por algun problema de salud en particular?

Si es asi, describa por favor _____

Ha tenido alguna enfermedad seria?

Si es asi, por favor informenos _____

Cuanto mide? _____

Cuanto Pesa? _____

Por favor marque si a tenido o tine alguna de las siguientes enfermedades:

Fiebre Reumatica

Cardiopatia congenita

Enfermedades del corazon (Ataque Cardiaco, Soplo Cardiaco, Enfermedad Arterial Coronaria, Hipertension Arterial, Accident Cerebrospinal Vascular, Palpitaciones, Cirugia Cardiaca, Marcapaso)

Alguna vez a tomado Fen-phen para bajar de peso?

Si es asi, usted ha tenido un ecocardiograma (ECG)

Enfermedad Pulmonary (Asthma, Enficema, Tos Cronica, Bronquitis, Pneumonia, Tuberculosis, Falta de Aliento, Dolor en el Pecho o Tos Severa)

Ataques, Conbulciones, Epilepsia, Desmayos, Mareos, Trastorno Nervioso.

Desorden Sanguineo, Anemia, tendencia a Sangrar, Tranfucion de Sangre.

Le sale moretes facilmente?

Enfermedad Epatica?

Enfermedod de Riñones

Diabetes?

Enfermedad de la Tiroides (Bosio)

Artritis

Ulceras Estomacal o Colitis

Glaucoma

Ha tenido implantes an alguna parte de su cuerpo? (Valbula Cardiaca, Marcapasos, Caderas, Rodillas) _____

Radiacion (rayos X) para Tratamiento de Cancer

Crugido o chasquido de la articulacion de la mandibula, dolor cerca del oido, dificultad para abrir la boca, rechina los dientes o los aprieta

Sinusitis o problemas nasales

Alguna enfermedad, Droga, o transplante que haya deprimido su sistema inmunologico?

HIV, Sida o ARC.

Esta usando algo de los sigueinte, si es asi por favor indique.

Antibioticos _____

Anti cuagulantes (diluyente de la sangre) _____

Aspirina o farmacos como motrin, Alive, Iboprofin _____

Medicamentos para presion arterial _____

Esteroides (cortizona, etc.) _____

Tranquilizantes _____

Insulina o medicamentos orales contra la diabetes _____

Digitalis, Inderal, nitroglicerina o otra droga para el Corazon _____

___ Bicosfanatos

Cualquier medicamento con receta, pastillas o drogas, en caso afirmativo indique cuales son:

Hierbas o remedios holísticos, vitaminas, o medicamento sin receta, si es así por favor menciónelos _____

Compruebe si usted es alérgico o a tenido alguna reacción adversa a alguna de las siguientes:

___ Anestésico local (Novocaina)

___ la Penicilina u otros antibióticos

Indique el nombre del medicamento _____

___ Sedantes, Barbitúricos

___ Aspirina o Ibuprofen

___ Codeína u otros analgésicos

___ Alérgico al látex o al plástico.

otras alergias o reacciones? Menciónelas _____

Fuma o mastica tabaco? cuantos por día? _____

Hay alguna historia de dependencia de alcohol o dependencia química o desorden emocional que pueda afectar a la atención que le ofrecemos _____

Agregar algo relevante concerniente a usted

___ Ha tenido problemas serios asociados con cualquier tratamiento dental?

___ Usted o algún familiar directo ha tenido algún problema asociado con la anestesia intravenosa?

Tiene algún otra enfermedad, condición o problema no mencionado arriba y cree que el médico deba estar enterado? _____

___ Desea hablar con el médico en privado?

___ Esta usted conciente de que rechina los dientes?

Tiene frecuentes dolores de cabeza? _____ con que frecuencia _____

Tiene problemas en los oídos (dolores mareos, sensación de plenitud)? _____

___ Tiene dificultad para respirar por la nariz

Tiene el hábito como morderse la uñas? Se chupa el dedo o el pulgar, labios, mejillas? _____

___ Tiene problemas para hablar? o esta en terapia del habla?

___ Le han removido sus amigdalas o adenoides?

___ Tiene la apnea del sueño?

A habido alguna lesion en los dientes, en caso afirmativo indique en cuales dientes _____

A tenido algun diente permanente extraido? Por favor indique _____

Hemos tratado a algun otro miembro de su familia? quienes son? _____

SOLO PARA MUJERES (Female Only)

___ Esta embarazada? o hay algun indicio de que pueda estar enbarazada?

___ Esta lactando?

Si esta usando anticonseptivos orales es importante que usted entienda que los antibioticos y algunos otros medicamentos pueden interferir con la eficacia de los anticonceptivos orales. Por lo tanto tendra que utilizar formas de control de natalidad mecanicas para un ciclo completo de las pastillas anticonceptias, despues de que el tratamiento con antibioticos y otros medicamentos termine. Por favor consulte con su medico para mayor informacion.

PARA USO DE LA OFICINA (Office Use Only)

Entiendo la importancia de una verdadera historia clinica para ayudar al medico en brindar la mejor atencion posible. He tenido la oportunidad de hablar de mi historia clinica con el medico.

Firma de la persona que completo esta historia se salud _____

Fecha _____

Iniciales del medico _____

Actualizacion medica: *He leido mi historia de salud de fecha* _____

y confirmo que mi estado pasado y presente de salud son verdaderas.

Esepciones y cambios referentes a la historia de salud _____

Firma del paciente _____

Fecha _____

INFORMACION DE LA PERSONA RESPONSABLE (Responsible Party Information)

Nombre completo (*) _____

Estado civil _____

Dirección (*) Calle _____ Ciudad _____

Estado _____ Código postal _____

Cuanto tiempo ha vivido ahí? (*)

Teléfono de la casa (*) _____

Teléfono del trabajo _____

Teléfono celular _____

Correo electrónico _____

Dirección anterior si tiene menos de 3 años en la presente dirección (*)

Calle _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Número de seguro social (solo para U.S.A) _____

Fecha de nacimiento (*) _____

Relación con el paciente _____

Empleo (*) _____

Ocupación _____

Cuántos años ha trabajado (*) _____

Nombre de la esposa _____

Relación con el paciente _____

Empleador _____

Ocupación _____

Número de años trabajados _____

Número de seguro social (solo para USA) _____

Fecha de nacimiento _____

Teléfono del trabajo _____

INFORMACION DEL SEGURO DENTAL (Dental Insurance Information)

Nombre del asegurado _____

Teléfono del Trabajo _____

Número de seguro social del asegurado _____

Compañía aseguradora _____

Numero de grupo _____

Direccion de la compañia de seguros

Calle _____ Ciudad / Provincial _____

Estado _____ Codigo Postal _____

Numero de telefono _____

Si hay una segunda cobertura llenar la seccion siguiente

Nombre del asegurado _____

Telefono del trabajo _____

Numero de seguro social del asegurado _____

Numero de grupo _____

Compania aseguradora _____

Direccion: Calle _____ Ciudad _____

Estado _____ Codigo Postal _____

Telefono _____

Informacion de Emergencia

Nombre del familiar mas cercano que no viva con usted

Su direccion: Calle _____ Ciudad _____

Estado _____ Codigo postal _____

Entiendo que mi credito puede ser verificado

Firma (del padre si el paciente es menor de edad) _____

FIRMA ELECTRONICA (Electronic Signature)

Escriba el Nombre de la persona Responsable (*) _____

Al apretar el boton. " Submit Form" de abajo, certifico que la informacion que he dado es verdadera y correcta a lo mejor de mi conocimiento.Toda la informacion es confidencial y accesada solo por via segura.

SUBMIT FORM