

DEMKO BROCKETT DENTAL

2654 Fourth Ave, San Diego, CA 92103 | Phone: (619)234-7493 | Email: demkobrockett@gmail.com

Nombre (de paciente): _____ **fecha:** _____

Formulario de Historial de Salud

Información médica *Por favor marque (X) su respuesta para indicar si tiene o no alguna de las siguientes enfermedades o problemas.*

(Marque DK si no sabe la respuesta a la pregunta)

Si No DK

1. Tiene alguna de las siguientes enfermedades o problemas:

¿Tuberculosis activa?

¿Tos persistente de más de 3 semanas de duración?.....

¿Ha estado expuesto a alguien con tuberculosis?

PARE: Si ha marcado cualquiera de las 4 preguntas anteriores "si", deténgase y devuelva este formulario a la recepcionista.

Medico Primario

Yes No DK

¿Estás ahora bajo el cuidado de un médico?

Nombre del médico: _____

Oficina: _____

City State Zip

Fecha del último examen físico: _____ Número de teléfono#: (____) _____

Por favor marque (X) su respuesta para indicar si tiene o no alguna de las siguientes enfermedades o problemas.

(Marque DK si no sabe la respuesta a la pregunta)

Si No DK

2. ¿Tiene buena salud?

3. ¿Ha habido algún cambio en su salud general en el último año?

En caso afirmativo, ¿qué condición se está tratando? _____

4. ¿Ha tenido una una operación o ha estado hospitalizado en los últimos 5 años?.....

En caso afirmativo, ¿qué tipo de operación/enfermedad o problema? _____

5. **¿Está tomando actualmente o ha tomado recientemente algún medicamento recetado o durante el medicamentos de venta libre?**

En caso afirmativo, enumere TODOS, incluidas las vitaminas, las preparaciones naturales o a base de hierbas y/o las dietas.suplementos (Más espacio en la parte inferior de la página) _____

6. **Reemplazo de la articulación.** ¿Ha tenido un reemplazo ortopédico (cadera, rodilla, codo, dedo).....

Si es así, fecha?: _____ ¿Ha tenido complicaciones? _____

7. ¿Está tomando o tiene previsto comenzar a tomar un agente antirresortivo (como Fosamax, Actonel, Atelvia Boniva, Reclast, Prolla) para la osteoporosis o la enfermedad de Paget?

8. Desde 2001, ¿fue tratado o está actualmente programado para comenzar un tratamiento con un agente antirresortivo (como Aredia, Zometa, XGEVA) para el dolor óseo, hipercalcemia o complicaciones esqueléticas resultantes de la enfermedad de Paget, mieloma múltiple, cáncer metastásico?..

Fecha de inicio del tratamiento: _____

9. ¿Usa lentes de contacto?.....

DEMKO BROCKETT DENTAL

2654 Fourth Ave, San Diego, CA 92103 | Phone: (619)234-7493 | Email: demkbrockett@gmail.com

<p style="text-align: right;">Si No DK</p> <p>10. ¿Utiliza sustancias controladas (drogas)?</p> <p>11. ¿Utiliza tabaco (fumar, rapé, mascar, bidis)?</p> <p>Si es así, ¿qué tan interesado está en detenerse? MUY / ALGO / NO INTERESADO</p> <p>12. ¿Consume bebidas alcohólicas?</p> <p>En caso afirmativo, ¿cuánto bebe normalmente en una semana? _____</p>	<p style="text-align: right;">Si No DK</p> <p><u>Solo para Mujeres- Esta:</u></p> <p>13. ¿Embarazada actualmente?.....</p> <p>Si es así, número de semanas: _____</p> <p>14. Tomando pastillas anticonceptivas o reemplazo hormonal?</p> <p>15. Amamantando?.....</p>
---	---

<p>Alergias. Es alérgico o ha tenido una reacción a: Si No DK</p> <p>Si afirmativa, especifique el tipo de reacción. Si No DK</p>	
<p>Anestésicos locales _____</p> <p>Aspirina _____</p> <p>Penicilina u otros antibióticos _____</p> <p>Barbitúricos, sedantes o pastillas para dormir _____</p> <p>Sulfamidas _____</p> <p>Codeína u otros narcóticos _____</p>	<p>Metales _____</p> <p>Látex _____</p> <p>Yodo _____</p> <p>Fiebre del heno/estacional _____</p> <p>Animales _____</p> <p>Comida _____</p> <p>Otro(s): _____</p>

<p>Por favor marque (x) para indicar si tiene o no ha tenido alguna de las siguientes enfermedades o problemas Si No DK</p>																																																					
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;"></td> <td style="text-align: right;">Si No DK</td> </tr> <tr> <td>Valvula cardiaca artificial (protesis)</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Endocarditis infecciosa previa.....</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Válvulas dañadas en corazón trasplantado.....</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Enfermedad cardiaca cognitiva (CC).....</td> <td></td> </tr> <tr> <td> CC cianotica no reparada</td> <td></td> </tr> <tr> <td> Reparado (completamente)- los últimos 6 meses.....</td> <td></td> </tr> <tr> <td> CC reparada con defectos residuales</td> <td></td> </tr> </table> <p><i>Excepto por las condiciones mencionadas anteriormente, la profilaxis antibiótica ya no es recomendado para cualquier otra forma de CC.</i></p> <table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: right;">Si No DK</td> <td style="width: 50%; text-align: left;">Si No DK</td> </tr> <tr> <td>*Angina</td> <td>*Presión arterial baja ...</td> </tr> <tr> <td>*Enfermedad Cardiovascular.....</td> <td>*Presion arterial alta</td> </tr> <tr> <td>*Arterioesclerosis.....</td> <td>*Sangrado anormal</td> </tr> <tr> <td>*Insuficiencia cardiaca congestiva.</td> <td>*Anemia</td> </tr> <tr> <td>*Válvulas cardíacas dañadas...</td> <td>*Transfusión de sangre....</td> </tr> <tr> <td>*Infarto de miocardio.....</td> <td> En caso afirmativo, fecha: _____</td> </tr> <tr> <td>*Soplo cardiaco.....</td> <td>*Hemofilia.....</td> </tr> <tr> <td>*Marcapaso.....</td> <td>*Enfermedad autoinmune.....</td> </tr> <tr> <td>*Prolapso de la válvula mitral...</td> <td>*Artritis</td> </tr> <tr> <td>*Un accidente cerebrovascular.....</td> <td>*Artritis reumatoide.....</td> </tr> <tr> <td>*Cardiopatía reumática...</td> <td>*Glaucoma.....</td> </tr> <tr> <td>*Otros defectos cardiacos congénitos: _____</td> <td>*Epilepsia</td> </tr> <tr> <td>*Hepatitis, ictericia o enfermedad hepática.....</td> <td>*Desmayos o convulsiones...</td> </tr> <tr> <td>*Osteoporosis.....</td> <td>*Lupus.....</td> </tr> <tr> <td>*Asma</td> <td>*Vértigo.....</td> </tr> <tr> <td></td> <td>*Bronquitis.....</td> </tr> <tr> <td></td> <td>*Emfisema.....</td> </tr> </table>		Si No DK	Valvula cardiaca artificial (protesis)		Endocarditis infecciosa previa.....		Válvulas dañadas en corazón trasplantado.....		Enfermedad cardiaca cognitiva (CC).....		CC cianotica no reparada		Reparado (completamente)- los últimos 6 meses.....		CC reparada con defectos residuales		Si No DK	Si No DK	*Angina	*Presión arterial baja ...	*Enfermedad Cardiovascular.....	*Presion arterial alta	*Arterioesclerosis.....	*Sangrado anormal	*Insuficiencia cardiaca congestiva.	*Anemia	*Válvulas cardíacas dañadas...	*Transfusión de sangre....	*Infarto de miocardio.....	En caso afirmativo, fecha: _____	*Soplo cardiaco.....	*Hemofilia.....	*Marcapaso.....	*Enfermedad autoinmune.....	*Prolapso de la válvula mitral...	*Artritis	*Un accidente cerebrovascular.....	*Artritis reumatoide.....	*Cardiopatía reumática...	*Glaucoma.....	*Otros defectos cardiacos congénitos: _____	*Epilepsia	*Hepatitis, ictericia o enfermedad hepática.....	*Desmayos o convulsiones...	*Osteoporosis.....	*Lupus.....	*Asma	*Vértigo.....		*Bronquitis.....		*Emfisema.....	<p>*Problemas de sinusitis.....</p> <p>*Tuberculosis.....</p> <p>*Dolor torácico al esfuerzo.....</p> <p>*Dolor cronico.....</p> <p>*Desorden del sueno.....</p> <p>*Ronca?</p> <p>*Trastorno de estrés postraumático.....</p> <p> Especificar: _____</p> <p>*Desorden neurológico.....</p> <p>*Infecciones recurrentes.....</p> <p> Tipo de infecciones: _____</p> <p>*Diabetes Tipo I or II.....</p> <p>*Trastorno alimentario/ desnutrición.....</p> <p>*Ulceras.....</p> <p>*Glándulas inflamadas persistentes</p> <p>*Enfermedad gastrointestinal.....</p> <p>*G.E. Reflujo/ acidez estomacal persistente.....</p> <p>*Fuertes dolores de cabeza/ migrañas.....</p> <p>*Perdida de peso rápida severa.....</p> <p>*Problemas tiroideos.....</p> <p>*Problemas de riñón.....</p> <p>*Sudores nocturnos.....</p> <p>*Micción excesiva.....</p> <p>*Cáncer/quimioterapia/ Radioterapia</p> <p>*Sida o infección por VIH</p> <p>*Enfermedad de transmisión sexual</p>
	Si No DK																																																				
Valvula cardiaca artificial (protesis)																																																					
Endocarditis infecciosa previa.....																																																					
Válvulas dañadas en corazón trasplantado.....																																																					
Enfermedad cardiaca cognitiva (CC).....																																																					
CC cianotica no reparada																																																					
Reparado (completamente)- los últimos 6 meses.....																																																					
CC reparada con defectos residuales																																																					
Si No DK	Si No DK																																																				
*Angina	*Presión arterial baja ...																																																				
*Enfermedad Cardiovascular.....	*Presion arterial alta																																																				
*Arterioesclerosis.....	*Sangrado anormal																																																				
*Insuficiencia cardiaca congestiva.	*Anemia																																																				
*Válvulas cardíacas dañadas...	*Transfusión de sangre....																																																				
*Infarto de miocardio.....	En caso afirmativo, fecha: _____																																																				
*Soplo cardiaco.....	*Hemofilia.....																																																				
*Marcapaso.....	*Enfermedad autoinmune.....																																																				
*Prolapso de la válvula mitral...	*Artritis																																																				
*Un accidente cerebrovascular.....	*Artritis reumatoide.....																																																				
*Cardiopatía reumática...	*Glaucoma.....																																																				
*Otros defectos cardiacos congénitos: _____	*Epilepsia																																																				
*Hepatitis, ictericia o enfermedad hepática.....	*Desmayos o convulsiones...																																																				
*Osteoporosis.....	*Lupus.....																																																				
*Asma	*Vértigo.....																																																				
	*Bronquitis.....																																																				
	*Emfisema.....																																																				

DEMKO BROCKETT DENTAL

2654 Fourth Ave, San Diego, CA 92103 | Phone: (619)234-7493 | Email: demkobrockett@gmail.com

¿Le ha recomendado un médico o un dentista anterior que tome antibióticos antes de su visita al dentista?

Nombre del médico o dentista que hace la recomendación: _____ Teléfono: _____

¿Tiene alguna enfermedad, condición o problema no mencionado anteriormente que cree que debería saber?

Por favor explique: _____

Formulario Dental

Si No DK

Si No DK

1. ¿Le sangran las encías cuando se cepilla o usa hilo dental? ...

2. ¿Sus dientes son sensibles al frío, al calor, a los dulces o presión?.....

3. Su boca se encuentra seca?

4. ¿Ha tenido algún tratamiento periodontal (de las encías)?.....

5. ¿Alguna vez ha tenido tratamientos de ortodoncia (brackets)?.

6. ¿Ha tenido algún problema relacionado con trabajo dental anterior?.....

7. ¿El suministro de agua de su hogar está fluorado?

8. ¿Bebe agua embotellada o filtrada?.....

En caso afirmativo, ¿con qué frecuencia? Un círculo:
DIARIAMENTE / SEMANAL / OCASIONALMENTE

9. ¿Tiene dolores de oído o de cuello?

10. ¿Tiene algún clic, estallido o molestias en la mandíbula?.....

11. ¿Tienes bruxismo o rechinas los dientes?.....

12. ¿Tiene llagas o úlceras en la boca?.....

13. ¿Usa dentaduras postizas o parciales?

14. ¿Participa en actividades recreativas activas? ..

15. ¿Alguna vez ha tenido una lesión grave en su cabeza o boca?

16. ¿Actualmente experimenta algún dolor o molestia dental?.....

Si es así, por favor describa los síntomas: _____

17. Fecha de su último examen dental: _____ ¿Que se hizo en ese momento?: _____

18. Fecha de las últimas radiografías dentales: _____

19. ¿Cuál es el motivo de su visita dental hoy?: _____

20. ¿Cómo te sientes con tu sonrisa?: _____

Nota: Se alienta tanto al médico como al paciente a discutir todos y cada uno de los problemas de salud relevantes del paciente antes del tratamiento. Certifico que he leído y entiendo lo anterior y que la información proporcionada en este formulario es precisa. Entiendo la importancia de un historial de salud veraz y que mi dentista y su personal confían en esta información para tratarme. Reconozco que mis preguntas, si las hubiere, sobre las consultas establecidas anteriormente han sido respondidas a mi entera satisfacción. No responsabilizaré a mi dentista ni a ningún otro miembro de su personal por ninguna acción que tome o no tome debido a errores u omisiones que yo pueda haber cometido al completar este formulario.

Firma del Paciente/Guardián Legal: _____ fecha: _____

Firma del Dentista: _____ fecha: _____

Para completar por el Dentista

Comentarios: _____

Reconocimiento de Radiografías

Practicar la odontología con el nivel de atención adecuado requiere tanto un examen clínico periódico como un examen radiográfico periódico ("rayos X") de los tejidos orales. Utilizando las pautas radiográficas de la Asociación Dental Estadounidense como punto de referencia, evaluaremos sus factores de riesgo dentales y periodontales para determinar la frecuencia apropiada basada en la evidencia para las radiografías de diagnóstico.

Comparta cualquier inquietud con respecto a las radiografías de diagnóstico con su proveedor, pero comprenda que las radiografías de diagnóstico no son "negociables" como paciente de nuestra práctica. Dado que nos está cobrando la responsabilidad de su salud bucal, debemos tener la información adecuada ("radiografías") para brindarle servicios de atención de la salud bucal de acuerdo con el estándar de atención de la odontología. A continuación se muestra nuestro programa típico de radiografías de diagnóstico conservador que se aplica a la mayoría de los pacientes:

Serie Completa - "serie grande"	Cada 5 años
Bitewings - "serie chico"	Cada 18 meses
Periapical, Bitewing, CBCT, Pano	Radiografías enfocadas en el problema que pueda necesitar para problemas específicos nuevos o crónicos



He leído, reconozco y comprendo la información del tratamiento anterior y estoy de acuerdo con su contenido.

Nombre del paciente: _____ Relación al paciente: _____

Firma: _____ fecha: _____

DEMKO BROCKETT DENTAL

2654 Fourth Ave, San Diego, CA 92103 | Phone: (619)234-7493 | Email: demkobrockett@gmail.com

POLÍTICA DE PAGO

Como condición para el tratamiento de esta oficina, los arreglos financieros deben hacerse por adelantado. Todos los servicios dentales realizados sin arreglos financieros previos deben pagarse en el momento en que se realizan los servicios. Los pacientes con seguro dental entienden que, en última instancia, son financieramente responsables de todos los servicios dentales prestados, independientemente del estado de pago de la reclamación del seguro. La práctica depende del reembolso de los pacientes por los costos incurridos en su atención. La oficina presenta reclamaciones de seguros en nombre del paciente. Entiendo que cualquier tarifa estimada para esta atención dental solo puede extenderse por un período de seis meses a partir de la fecha del examen del paciente. Los pacientes que tengan preguntas sobre sus facturas pueden llamar y hablar con nuestro miembro del equipo de recepción durante el horario comercial.

POLÍTICA DE CANCELACIÓN

Entiendo que se me cobrará una tarifa por no presentarme a una cita o cancelar citas con menos de 48 horas hábiles (2 días hábiles) de aviso.

Tarifas = [\$60 por cita de 1 hora] o [\$120 por cita de más de 2 horas].

Llegar a una cita con más de 20 minutos de retraso interrumpe a otros pacientes que reciben servicios dentales y se considera que no se presentó. Si se encuentra enfermo con poca antelación y nos avisa antes de la cita, reconsideraremos la tarifa de cancelación. Es posible que se requiera que los pacientes con un historial de ausencias y cancelaciones paguen por adelantado el tratamiento para asegurar una cita.

POLÍTICA DE RESPETO MUTUO

Como proveedor de servicios dentales profesionales, lo trataremos con respeto. También esperamos que nuestros pacientes respeten a todo nuestro personal de práctica en todo momento. No toleramos el abuso verbal, el abuso físico, las blasfemias o el acoso sexual, entre otros.

ATENCIÓN INTEGRAL

Nuestra clínica práctica el cuidado dental integral. Trabajamos junto con nuestros pacientes para priorizar el tratamiento dental necesario de los pacientes en función de lo que creemos que es mejor para su salud bucal en general. Algunas condiciones complejas pueden no ser tratables en esta práctica, lo que requiere que los pacientes sean derivados a un especialista o proveedor de servicios médicos de emergencia.

He leído las condiciones de tratamiento y pago anteriores y estoy de acuerdo con su contenido, concedo mi permiso para usted, o su cesionario, para llamarme, enviarme un correo electrónico o enviarme un mensaje de texto para discutir esta política o mi tratamiento.

Nombre del paciente: _____ **Relación al paciente:** _____

Firma: _____ **fecha:** _____

DEMKO BROCKETT DENTAL

2654 Fourth Ave, San Diego, CA 92103 | Phone: (619)234-7493 | Email: demkobrockett@gmail.com

AUTORIZACIÓN

Por la presente certifico que he leído y entiendo la información anterior y que es precisa y verdadera a mi leal saber y entender. Reconozco que proporcionar información incorrecta y/o inexacta tiene el potencial de ser peligroso para mi salud.

Autorizo el diagnóstico de mi salud dental mediante radiografías, modelos de estudio, fotografías u otros ayudas diagnósticas que se consideren apropiadas para una evaluación integral.

Autorizo al dentista a divulgar cualquier información, incluido el diagnóstico y los registros de tratamiento o examen para mí y mi(s) dependiente(s) a compañías de seguros, pagadores y/o cuidado de la salud de terceros practicantes. Autorizo el pago de mi compañía de seguros para enviar el pago directamente al dentista o práctica dental para aplicarse directamente a cualquier saldo pendiente en mi cuenta.

Entiendo que soy financieramente responsable de cualquier saldo pendiente por los servicios prestados que no son totalmente cubiertos por el seguro, y se me facturará por este saldo restante. Doy mi consentimiento y acepto ser financieramente responsable del pago de todos los servicios prestados en mi nombre o en nombre de mis dependientes (si corresponde).

Firma del paciente, padre o tutor (parte responsable): _____

Relación con el paciente: _____ **Fecha de firma:** _____

ACUSE DE RECIBO DEL AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD DE LA HIPAA

He recibido una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de esta oficina. Entiendo que tengo ciertos derechos a privacidad con respecto a mi información de salud protegida (PHI). Entiendo que esta información puede y será solía hacerlo:

- Conducir, planificar y dirigir mi tratamiento y seguimiento entre los proveedores de salud que puedan estar directamente e indirectamente involucrado en mi tratamiento.
- Obtener pago de terceros pagadores.
- Llevar a cabo operaciones normales de atención médica, como evaluaciones de calidad y acreditación.
- Entiendo que en el curso normal de la prestación de atención médica, mi PHI puede transmitirse por vía mensajería electrónica que incluye, entre otros, FAX, correo electrónico y mensajería telefónica.

Firma del paciente, padre o tutor (parte responsable): _____

Relación con el paciente: _____ **Fecha de firma:** _____