

# INFORMACIÓN DEL PACIENTE

CHART # \_\_\_\_\_

## PACIENTE

Nombre \_\_\_\_\_  
 Dirección Apellido \_\_\_\_\_ First \_\_\_\_\_ Apt. # \_\_\_\_\_  
 Ciudad \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_  
 Tiempo viviendo en esta dirección? \_\_\_\_\_  
 Teléfono ( ) \_\_\_\_\_ Celular/Pager ( ) \_\_\_\_\_  
 Correo electrónico \_\_\_\_\_  
 N° de seguro social \_\_\_\_\_ DL# \_\_\_\_\_  
 Edad \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

## PARTE RESPONSABLE (Si la misana que arriba, favor de omitir)

Nombre \_\_\_\_\_  
 Dirección Apellido \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ Apt. # \_\_\_\_\_  
 Ciudad \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_  
 Tiempo viviendo en esta dirección? \_\_\_\_\_  
 Teléfono ( ) \_\_\_\_\_  
 N° de seguro social \_\_\_\_\_ DL# \_\_\_\_\_  
 Parentesco con el paciente \_\_\_\_\_  
 Edad \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

## EMPLEO

Occupación \_\_\_\_\_  
 Empleador \_\_\_\_\_  
 ¿Cuánto tiempo? \_\_\_\_\_  
 Dirección comercial \_\_\_\_\_  
 Ciudad \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_  
 Teléfono comercial ( ) \_\_\_\_\_ Ext. # \_\_\_\_\_  
 Verificado Por \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_  
(Uso de oficina solamente)

## REFERENCIA

Nombre \_\_\_\_\_  
 Dirección Apellido \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ Apt. # \_\_\_\_\_  
 Ciudad \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_  
 Teléfono ( ) \_\_\_\_\_  
 Nombre \_\_\_\_\_  
 Dirección Apellido \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ Apt. # \_\_\_\_\_  
 Ciudad \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_  
 Teléfono ( ) \_\_\_\_\_  
 Nombre de su cónyuge \_\_\_\_\_  
 Teléfono donde trabaja su cónyuge ( ) Apellido \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_

## PERSONA CON QUIEN COMUNICARSE EN CASO DE EMERGENCIA:

Apellido \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_  
 Dirección \_\_\_\_\_  
 Ciudad \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_ Tel# ( ) \_\_\_\_\_  
 Nombre del médico \_\_\_\_\_ Tel# ( ) \_\_\_\_\_

## PARA CONOCERLE UN POCO MÁS

Hay algunos otros miembros en su hogar que no sean pacientes de nuestra oficina?

SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_ Por favor enliste debajo los nombres y la relación (hijo, hija, cónyuge)

1: \_\_\_\_\_ 2: \_\_\_\_\_  
 3: \_\_\_\_\_ 4: \_\_\_\_\_

¿Cómo escuchó de nuestras oficinas?

TV \_\_\_\_\_ Radio \_\_\_\_\_ Cartelera \_\_\_\_\_ ConfiDenteo \_\_\_\_\_  
 Pagina Web \_\_\_\_\_ Paginas Amarillas \_\_\_\_\_ Material Imprimido \_\_\_\_\_  
 Plan de Seguro \_\_\_\_\_ Letrero de Bienvenida para pacientes \_\_\_\_\_  
 Familia o Amigo \_\_\_\_\_ Transferido por alguna de nuestras oficinas \_\_\_\_\_  
 Deseo información en español: SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

## SEGURO

Compañía de seguro primaria  
 Nombre \_\_\_\_\_  
 Dirección \_\_\_\_\_  
 Ciudad, Código postal \_\_\_\_\_  
 Teléfono ( ) \_\_\_\_\_  
 Empleador \_\_\_\_\_  
 Sindicato/local \_\_\_\_\_ Grupo # \_\_\_\_\_  
 Nombre del asegurado \_\_\_\_\_  
 N° de seguro social \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

## SEGURO

Compañía de seguro secundario  
 Nombre \_\_\_\_\_  
 Dirección \_\_\_\_\_  
 Ciudad, Código postal \_\_\_\_\_  
 Teléfono ( ) \_\_\_\_\_  
 Empleador \_\_\_\_\_  
 Sindicato/local \_\_\_\_\_ Grupo # \_\_\_\_\_  
 Nombre del asegurado \_\_\_\_\_  
 N° de seguro social \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

## PLAN DE CUIDADO ADMINISTRADO (HMO)

Nombre de plan \_\_\_\_\_ Grupo # \_\_\_\_\_ N° del plan \_\_\_\_\_  
 Empleador \_\_\_\_\_  
 Nombre del asegurado \_\_\_\_\_  
 N° de seguro social \_\_\_\_\_

- Por medio de la presente hago constar que la información en la parte superior precisa y se confiará en ella para conceder crédito y proveer tratamiento del Entiendo que yo soy económicamente responsable por cargos o pagos no cubiertos por mi seguro por cualquier razón.
- Al firmar al pie de página entiendo que ustedes pueden verificar e intercambiar información sobre mí y cualquier solicitante adicional, incluyendo el requerir información de las agencias de información crediticia.
- Por medio de la presente autorizo el pago directo de los beneficios del seguro de grupo a la dentista, que de otra manera serían pagaderos a mí. Comprendo que económicamente responsable de cualquier cargo no cubierto por esta autorización. Autorizo al que se emita cualquier información pertinente a cualquier reclamo de reclamos dentales.
- Entiendo que Bright Now! Dental proporciona servicios de apoyo para el manejo de negocios a dentistas independientes. Reconozco que cada dentista es individualmente responsable del cuidado dental que se me proporcione y ningún otro dentista ni Bright Now! Dental, Inc. o sus subsidiarios es responsable de mi tratamiento dental.

Firma de la parte responsable o paciente \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_  
(Padre o madre si el paciente es un menor)

HISTORIA MÉDICA

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_  
 Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Aunque el personal dental principalmente tratan el área y alrededor de su boca, su boca es una parte de su cuerpo. Los problemas de salud que pueda tener, o medicamentos que esté tomando, podrían tener una importante relación con la odontología que usted recibirá. Gracias por contestar las siguientes preguntas.

- Está usted bajo el cuidado de un médico ahora?  Sí  No En caso afirmativo, sírvase explicar: \_\_\_\_\_  
 Alguna vez ha sido hospitalizado o tenido una operación mayor?  Sí  No En caso afirmativo, sírvase explicar: \_\_\_\_\_  
 Ha tenido alguna vez una lesión grave en la cabeza o en el cuello?  Sí  No En caso afirmativo, sírvase explicar: \_\_\_\_\_  
 Está usted tomando algún medicamento, pastillas, o drogas?  Sí  No En caso afirmativo, sírvase explicar: \_\_\_\_\_  
 Toma o ha tomado, Phen-Fen o Redux?  Sí  No \_\_\_\_\_  
 alguna vez a tomado Fosamax, Boniva, Actonel, o cualquier otro medicamento que contenga bifosfonatos?  Sí  No \_\_\_\_\_  
 ¿Está usted en una dieta especial?  Sí  No \_\_\_\_\_  
 Usa tabaco?  Sí  No \_\_\_\_\_  
 Usted usa sustancias controladas?  Sí  No \_\_\_\_\_

Mujeres: ¿Está usted embarazada o tratando de quedar embarazada?  Sí  No Toma anticonceptivos orales?  Sí  No Esta amamantando?  Sí  No

Es usted alérgico a cualquiera de los siguiente?

- Aspirina  Penicilina  Codeína  Acrílico  Metálico  Látex  Anestésicos locales  Sulfamida  
 Otros En caso afirmativo, sírvase explicar: \_\_\_\_\_

¿Tiene, o ha tenido, cualquiera de los siguientes?

- |   |  |  |   |
|---|--|--|---|
| DA / HIV Positivo <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No               | Cortisona <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No                        | Hemofilia <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No                              | Tratamiento con radiación <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No         |
| Enfermedad de Alzheimer's <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No       | Diabetes <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No                         | Hepatitis A <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No                            | Pérdida de peso reciente <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No          |
| Rafialaxia <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No                      | Drogadicción <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No                     | Hepatitis B o C <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No                        | Diálisis renal <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No                    |
| Asma <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No                            | Fácilmente pierde el aliento <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No     | Herpes <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No                                 | Fiebre reumática <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No                  |
| Angina <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No                          | Enfisema <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No                         | Presión arterial alta <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No                  | Reumatismo <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No                        |
| Artritis/Gota <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No                   | Epilepsia o convulsiones <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No         | Colesterol Alto <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No                        | Escarlatina <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No                       |
| Valvula del corazón artificial <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No  | Sangrado excesivo <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No                | Ronchas o erupción cutánea <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No             | Herpes <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No                            |
| Clonificación artificial <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No        | Sed excesiva <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No                     | Hipoglucemia <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No                           | Enfermedad de células falciformes <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Asma <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No                            | Desmayos / vértigo <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No               | Latido irregular del corazón <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No           | Problemas del seno nasal <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No          |
| Enfermedad arterial <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No             | Tos frecuente <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No                    | Problemas de los riñones <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No               | Espina Bífida <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No                     |
| Transfusión de sangre <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No           | Diarrea frecuente <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No                | Leucemia <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No                               | Enfermedad estomacal/intestinal <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No   |
| Problemas respiratorio <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No          | Dolores de cabeza frecuente <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No      | Enfermedades del Hígado <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No                | Ataque fulminante <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No                 |
| Cáncer <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No                          | Glaucomas <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No                        | Presión arterial baja <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No                  | Hinchazón de las extremidades <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No     |
| Pretonescon facilidad <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No           | Herpes Genital <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No                   | Enfermedad pulmonar <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No                    | Enfermedad de la Tiroides <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No         |
| Quimioterapia <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No                   | Fiebre del heno <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No                  | Prolapso de la válvula mitral <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No          | Amigdalitis <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No                       |
| Dolores en el pecho <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No             | Ataque/Falla del corazón <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No         | Osteoporosis <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No                           | Tuberculosis <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No                      |
| Lesiones labial/Fiebre Ampollas <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Soplo cardiaco <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No                   | Dolor en la articulación de la quijada <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Tumores o crecimientos <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No            |
| Cardiopatía congénita <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No           | Marcapasos en el Corazón <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No         | Enfermedad paratiroidea <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No                | Úlceras <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No                           |
| Convulsiones <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No                    | Problemas/Enfermedad del corazón <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Atención Psiquiátrica <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No                  | Enfermedad venérea <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No                |
|   |  |  | La ictericia amarilla <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No             |

Ha tenido alguna enfermedad grave que no figura en la lista de arriba?  Sí  No En caso afirmativo, sírvase explicar: \_\_\_\_\_

Comentarios: **Are you taking Bisphosphonates?**  
 \_\_\_\_\_  
**Yes NO**  
 \_\_\_\_\_

Lo mejor de mi conocimiento, las preguntas de este cuestionario se han contestado correctamente. Entiendo que el proporcionar información incorrecta puede ser peligroso para mi salud (o del paciente). Es mi responsabilidad informar a la oficina dental de cualquier cambio en el estado médico.

Firma del paciente, padre o tutor \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_