

HISTORIA MÉDICA

Contacto de emergencia: _____ Fon: _____ Relación: _____

Enumere todos los medicamentos que está tomando actualmente:

- | | |
|----------|-----------|
| 1. _____ | 6. _____ |
| 2. _____ | 7. _____ |
| 3. _____ | 8. _____ |
| 4. _____ | 9. _____ |
| 5. _____ | 10. _____ |

¿Es alérgico a cualquiera de los siguientes?

Sí	No	Sí	No		
___	___	___	___	Anestésicos dentales	Eritromicina
___	___	___	___	Aspirina	Látex
___	___	___	___	Codeína	Penicilina
___	___	___	___	Ibuprofeno	Tetraciclina

Otras alergias no mencionadas anteriormente:

¿Alguna vez ha tenido alguno de los siguientes problemas médicos?

Sí	No	Sí	No		
___	___	___	___	Asma	Nefropatía
___	___	___	___	Sangrado anormal / Hemofilia	Enfermedad hepática
___	___	___	___	Cáncer / Quimioterapia	Hepatitis
___	___	___	___	Diabetes	Tratamiento psiquiátrico
___	___	___	___	Anemia	Fiebre reumática
___	___	___	___	Defecto cardíaco congénito	Problema sinusal
___	___	___	___	Hipertensión	Ataque
___	___	___	___	Reemplazo de articulaciones	Úlceras
___	___	___	___	Herpes/ampollas febriles	Convulsiones / Epilepsia
___	___	___	___	Tratamiento de radiación	Desmayo
___	___	___	___	Enfisema	Problemas respiratorios/dificultad para respirar
___	___	___	___	Infarto de miocardio	Tuberculosis
___	___	___	___	VIH / SIDA	Abuso de alcohol/drogas
___	___	___	___	Marcapasos / Desfibrilador	Enfermedad de células falciformes/rasgos
___	___	___	___	Problemas de tiroides	Válvula cardíaca artificial

Otras condiciones no mencionadas anteriormente:

Para mujeres, seleccione si es:

Embarazada: Sí No Si está embarazada, número de semanas: _____
Amamentando: Sí No Tomar pastillas anticonceptivas: Sí No

¿Necesita antibióticos antes del tratamiento dental? Sí No

¿Alguna vez ha tomado Fosamax o algún bisfosfonato (medicamento para la osteoporosis)? Sí No

En caso afirmativo a lo anterior, ¿cuándo? _____

Su salud física actual es: Bueno Regular Pobre

¿Consumo de tabaco? Si es así, ¿de qué tipo y cuánto? Sí No _____

¿Reacción inusual a las inyecciones dentales? _____

Al firmar a continuación, confirmo que la información que he proporcionado hoy es correcta, según mi leal saber y entender. También entiendo que esta información se mantendrá en la más estricta confidencialidad y es mi responsabilidad informar a esta oficina sobre cualquier cambio en mi estado médico.

Firma del paciente / tutor
Fecha: 12/4/2024

---FIN DEL FORMULARIO---

Consentimiento Basico

Doy mi consentimiento para que me realicen lo siguiente:
radiografías, examen y limpieza.

REVISA
AQUÍ: _____

Entiendo que mantener la boca abierta durante el tratamiento puede hacer que mi mandíbula se sienta rígida y dolorida temporalmente y que me resulte difícil abrirla bien durante varios días. Debo notificar a su consultorio si surge esta u otras inquietudes. Entiendo que si no se realiza el tratamiento recomendado, el daño a los dientes o las encías puede progresar y hacer que pierda uno o más dientes. También puedo experimentar síntomas que pueden ser perjudiciales para mi salud general y que pueden aumentar en gravedad, y la apariencia estética de mis dientes puede deteriorarse. Entiendo que se hará todo lo posible para garantizar el éxito de mi tratamiento. Entiendo que cada persona y situación es única y nadie me ha dado garantías ni seguridad de que el tratamiento propuesto curará o mejorará mi(s) condición(es).

REVISA
AQUÍ: _____

Entiendo que los antibióticos, anestésicos, analgésicos y otros medicamentos pueden causar reacciones alérgicas que provoquen enrojecimiento e hinchazón de los tejidos, dolor, picazón, vómitos y/o shock anafiláctico. Entiendo que todos los medicamentos conllevan riesgos, efectos secundarios e interacciones farmacológicas. Por lo tanto, es fundamental que le informe a mi dentista sobre todos los medicamentos que estoy tomando actualmente, lo cual he hecho.

REVISA
AQUÍ: _____

Entiendo que puedo perder la sensibilidad en los dientes, los labios, la lengua y el tejido circundante (parestesia) después de las inyecciones de anestesia local para cualquier procedimiento. En raras ocasiones, una inyección puede provocar una lesión nerviosa temporal o permanente y pérdida de sensibilidad.

REVISA
AQUÍ: _____

FIRMA AQUÍ:

FECHA: _____

SOLO PARA USO DE OFICINA

Confirmation of review of medical / dental information above with the patient named herein, and attestation of discussion of the risks, benefits, consequences, and alternatives of proposed treatment. Patient will be given the opportunity to ask questions, and I will ensure the patient understands what has been explained.

Confirmación de la revisión de la información médica/dental mencionada anteriormente con el paciente nombrado en el presente documento, y certificación de la discusión de los riesgos, beneficios, consecuencias y alternativas del tratamiento propuesto. Se le dará al paciente la oportunidad de hacer preguntas y me aseguraré de que comprenda lo que se le ha explicado.



ACUSE DE RECIBO DEL AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD:

ESTE NOS DA PERMISO PARA COMPARTIR INFORMACIÓN CON SU SEGURO O ESPECIALISTAS, CUANDO SEA RELEVANTE PARA SU ATENCIÓN MÉDICA.

(USTED PUEDE NEGARSE A FIRMAR ESTE ACUSE DE RECIBO).

ME HAN OFRECIDO UNA COPIA DEL AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD DE ESTA OFICINA.

FIRMA AQUÍ:

SOLO PARA USO DE OFICINA

We attempted to obtain written acknowledgement of receipt of our Notice of Privacy Practices, as required by law.
Intentamos obtener un acuse de recibo por escrito de nuestro Aviso de prácticas de privacidad, como lo exige la ley.