



FECHA DE HOY:		EMAIL:	
APELLIDO:		PRIMER NOMBRE:	INICIAL MEDIO:
PREFIERO SER LLAMADO:		GÉNERO: M F	
CUMPLEAÑOS:	EDAD:	SEGURO SOCIAL:	
DIRECCIÓN CASA:		CIUDAD:	ESTADO:
CÓDIGO POSTAL:			
MEJOR NÚMERO DE TELÉFONO PARA LLEGARLO:			
OCUPACIÓN:		EMPLEADOR:	
QUIÉN PODEMOS GRACIAS POR REFERIRLE INDIQUE LOSQUE VISITAMOS:			
POR FAVOR MIEMBROS DE LA FAMILIA:			
NOMBRE DEL MÉDICO:		FECHA DE LA ÚLTIMA VISITA:	
PARA MUJERES, POR FAVOR SELECCIONE SI ESTÁ:			
ENFERMERÍA: SÍ NO		EMBARAZADA: SÍ NO	
SI EMBARAZADA, NÚMERO DE SEMANAS :			
TOMANDO PÍLDORAS CONTRA NACIMIENTO: SÍ NO			

EL¿HA TENIDO ALGUNA DE LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES O PROBLEMAS MÉDICOS?

Sangrado anormal	HEPATITIS	de alcohol / drogas ABUSO
HERPES / ampollas de fiebre	ANEMIA	ARTERIAL ALTA PRESIÓN
ARTRITIS	VIH + / SIDA	ARTIFICIAL BONES / JOINTS /Válvulas
problemas de RIÑÓN	asma	HÍGADO ENFERMEDAD
TRANSFUSIÓN DE SANGRE	presión arterial baja	cáncer / QUIMIOTERAPIA
HERPES /ampollas de fiebre	COLITIS	PACEMAKER/MARCAPASOS
Defecto cardiaco congenito	problemas psiquiátricos	DIABETES
tratamiento de radiación	dificultad para respirar	REUMÁTICA / ESCARLATINA
ENFISEMA	convulsiones	epilépticas
RIPIAS	desmayos	enfermedad de células falciformes
frecuentes dolores de cabeza	PROBLEMAS de sinusitis	GLAUCOMA
accidente cerebro-vascular /stroke	HEMOFILIA	problemas de TIROIDES
corazón ATAQUE	tuberculosis (TB)	Soplo cardíaco (murmur)
ÚLCERAS	CORAZÓN CIRUGÍA	ENFERMEDAD VENEREAS
hospitalizados por cualquier razón		

¿Usted requiere antibióticos antes del tratamiento dental? SÍ NO

ANOTE CUALQUIER CONDICIONES MÉDICAS GRAVES QUE HAYA TENIDO ALGUNA VEZ:



¿ES ALÉRGICO ALGUNO DE LOS SIGUIENTES?

ASPIRINA		ERITROMICINA		METALES
CODEÍNA ANESTÉSICOS		JOYERÍA		PENICILLINA
DENTALES		LÁTEX		TETRACICLINA

OTROS MEDICAMENTOS / MATERIALES A LOS QUE USTED ES ALÉRGICO?

SU SALUD FÍSICA ACTUAL ES: BUENO JUSTO POBRE

¿ESTÁ TOMANDO ALGÚN MEDICAMENTO CON RECETA? SÍ NO

LISTE CADA UNO:

¿FUMA O CONSUME TABACO? SÍ NO

¿HA TOMADO ALGUNA VEZ FOSAMAX O ALGÚN BIFOSFONATOS? SÍ NO

SI ES SÍ A LO ANTERIOR, CUÁNDO:



¿POR QUÉ HA LLEGADO AL DENTISTA HOY?

REVISIÓN / LIMPIEZA	DOLOR
DIENTES ROTOS /DE TRABAJO DENTAL	COSMÉTICOS

¿HA TENIDO ALGUNA VEZ UN PROBLEMA GRAVE / DIFÍCIL ASOCIADO CON ALGÚN TRABAJO DENTAL ANTERIOR? SÍ NO

¿AHORA O HAYA EXPERIMENTADO DOLOR / MALESTAR EN LA ARTICULACIÓN DE LA MANDÍBULA (TMJ / TMD)? SÍ NO

SU SALUD DENTAL ACTUAL ES: BUENO JUSTO MALO

¿TE GUSTA TU SONRISA? SÍ NO

¿HAN SANGRADO LAS ENCÍAS ALGUNA VEZ? SÍ NO

¿CUÁNTAS VECES A LA SEMANA USTED SEDA (FLOSS)? 3 O MENOS 4-6 7 O MAS

¿CUÁNTAS VECES AL DÍA SE CEPILLA? 0 1 2 O MÁS

TIPO DE CERDAS (CEPILLO): SUAVES MEDIAS DURAS



Doy mi consentimiento para que me hagan lo siguiente:
radiografías, examen, profilaxis (limpieza). INICIALES _____

Entiendo que mantener la boca abierta durante el tratamiento puede hacer que mi mandíbula se sienta rígida y adolorida temporalmente y puede dificultar la apertura durante varios días. Debo notificar a su oficina si surgen esta u otras inquietudes. Entiendo que si no se realiza el tratamiento recomendado, el daño de los dientes o las encías puede progresar y hacer que pierda uno o más de mis dientes. También puedo experimentar síntomas que pueden dañar mi salud en general y que pueden aumentar en severidad, y la apariencia cosmética de mis dientes puede deteriorarse. Entiendo que se harán todos los esfuerzos razonables para asegurar el éxito de mi tratamiento. Entiendo que cada persona y situación es única, y nadie me ha dado ninguna garantía o seguridad de que el tratamiento propuesto curará o mejorará mi (s) condición (s). INICIALES _____

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

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

Entiendo que la información que he dado hoy es correcta para 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 de cualquier cambio en mi estado médico.

FIRMA _____

USO DE OFICINA ÚNICAMENTE

Confirmación de la revisión de la información médica / dental anterior con el paciente mencionado en este documento, y certificación de la discusión de los riesgos, beneficios, consecuencias y alternativas del tratamiento propuesto. El paciente tendrá la oportunidad de hacer preguntas y yo me aseguraré de que comprenda lo que se ha explicado. _____



DR. MATTHEW WEGRZYN

RECONOCIMIENTO DE RECIBO DE AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

USTED PUEDE RECHAZAR FIRMAR ESTE RECONOCIMIENTO.

Yo, _____, se les ha ofrecido una copia de este OFICINA DE AVISO DE NORMAS DE PRIVACIDAD.

FIRMA:

FECHA:

SOLO PARA USO DE LA OFICINA

Intentamos obtener un acuse de recibo por escrito de nuestro Aviso de prácticas de privacidad, como lo requiere la ley, pero no se pudo obtener el acuse de recibo porque:

<input type="checkbox"/>	individuo se negó a firmar
<input type="checkbox"/>	Las barreras de comunicación prohibieron obtener el acuse de recibo.
<input type="checkbox"/>	Una situación de emergencia nos impidió obtener el reconocimiento.
<input type="checkbox"/>	Otro (se documentará en las notas del gráfico)