



California Dental Care

Family & Cosmetic Dentistry

Nahreen Imam, D.D.S.

(UCSF Graduate, ADA Member)

Palby's Junction
3860 Broadway St. (Hwy. 29), #104
American Canyon, CA 94503
P. (707) 553-8008 F. (707) 553-8005

INFORMACIÓN DEL PACIENTE (CONFIDENCIAL)

Nombre _____ Fecha _____
Nombre Inicial del segundo nombre Apellido

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ C.P. _____

Correo Electrónico _____ Teléfono Celular _____ Teléfono Particular _____

No. de Seguro Social _____ Fecha de Nacimiento _____

Marque el cuadro correspondiente: Menor Soltero(a) Casado(a) Divorciado(a) Viudo(a) Separado(a)

Si es estudiante universitario, Tiempo Completo Tiempo Parcial Nombre de la universidad _____

Empleador del paciente o del padre o tutor _____ Teléfono del Trabajo _____

Dirección Comercial _____ Ciudad _____ Estado _____ C.P. _____

Nombre del cónyuge o del padre o tutor _____ Empleador _____ Teléfono del Trabajo _____

¿A quién le podemos agradecer por derivarlo? _____

Contacto en caso de emergencia _____ Teléfono _____

PARTE RESPONSABLE

Nombre de la persona responsable de la cuenta _____ Relación con el paciente _____

Dirección _____ Teléfono de Domicilio _____

No. de Licencia de Conducir _____ Fecha de Nacimiento _____ No. de Seguro Social _____

Empleador _____ Teléfono de Trabajo _____

¿Esta persona es actualmente paciente de nuestra consulta? Sí No

INFORMACIÓN DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS

Nombre del Asegurado _____ Relación con el Paciente _____

Fecha de Nacimiento _____ No. de Seguro Social _____ Fecha de Empleo _____

Nombre del Empleador _____ No. de Sindicato _____ Teléfono de Trabajo _____

Dirección del Empleador _____ Ciudad _____ Estado _____ C.P. _____

Compañía de Seguros _____ Teléfono _____ No. de Grupo _____ No. de Póliza _____

Dirección de la compañía de seguros _____ Ciudad _____ Estado _____ C.P. _____

¿De cuánto es su deducible? _____ ¿Cuánto ha usado? _____ ¿Beneficio máximo anual? _____

¿TIENE ALGUN SEGURO ADICIONAL? SÍ NO SI LA RESPUESTA ES SÍ, LLENE LO SIGUIENTE:

Nombre del Asegurado _____ Relación con el Paciente _____

Fecha de Nacimiento _____ No. de Seguro Social _____ Fecha de Empleo _____

Nombre del Empleador _____ No. de Sindicato _____ Teléfono de Trabajo _____

Dirección del Empleador _____ Ciudad _____ Estado _____ C.P. _____

Compañía de Seguros _____ Teléfono _____ No. de Grupo _____ No. de Póliza _____

Dirección de la compañía de seguros _____ Ciudad _____ Estado _____ C.P. _____

¿De cuánto es su deducible? _____ ¿Cuánto ha usado? _____ ¿Beneficio máximo anual? _____

Si es menor de edad, firma del padre o tutor del paciente _____ Número del Paciente _____



ANTECEDENTES MÉDICOS DEL PACIENTE

Nombre del Paciente _____ Fecha de Nacimiento _____

Aunque el personal dental trata principalmente el área interna y alrededor de la boca, ésta es parte del cuerpo en su totalidad. Los problemas de salud que puede tener, o los medicamentos que toma, podrían tener una interrelación importante con el servicio odontológico que recibirá. Gracias por responder las siguientes preguntas.

	Sí	No
1. ¿Esta en buenas condiciones de salud?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Ha notado algún cambio en su estado general de Salud durante el último año?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Fecha del último examen físico: _____		
4. Nombre del médico: _____ Dirección: _____ No del teléfono: _____		
5. ¿Está bajo el cuidado de un médico?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ¿Ha estado hospitalizado alguna vez por alguna intervención quirúrgica o enfermedad grave?..... Explique: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ¿Está tomando algún medicamento(s) incluidos los medicamentos sin receta médica?..... Si la respuesta es sí, ¿qué medicamentos está tomando? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ¿Ha tenido alguna hemorragia anormal?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Sí	No
9. ¿Se hace moretones con facilidad?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. ¿Ha necesitado alguna vez una transfusión de sangre?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. ¿Ha bajado recientemente de peso?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. ¿Ha tomado alguna vez Fen-Phen/Redux?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. ¿Fuma tabaco?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. ¿Usa o ha usado sustancias controladas?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. ¿Está usando lentes de contacto?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. ¿Tiene tos o aclaración persistente de la garganta no asociada con una enfermedad conocida (que hay a durado más de tres semanas)?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. ¿Tiene alguna enfermedad, afección o problema que no se haya indicado antes que crea que deba saber?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SOLO MUJERES:		
¿Está embarazada o cree que pueda estarlo?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Está amamantando?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Está tomando píldoras anticonceptivas?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Sí	No
Es alérgico o ha tenido reacciones a:		
Anestesia local como la novocaína.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Penicilina u otro antibiótico.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medicamentos con Sulfa.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Barbitúricos, sedantes o píldoras para dormir.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aspirina.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Yodo.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Algún metal (por ejemplo, níquel, mercurio, etc.).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Látex/goma.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otros (indique): _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tiene o ha tenido lo siguiente:	Sí	No
Cardiopatía reumática o fiebre reumática.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fiebre escarlatina.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Defecto cardíaco o soplo cardíaco.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas cardíacos, ataque cardíaco o angina.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolor en el pecho.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas para respirar.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Marcapasos.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cirugía cardíaca.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Presión arterial alta/baja.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problema congénito del corazón.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hinchazón de pies, tobillos, manos.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hepatitis, ictericia o enfermedad hepática.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Derrame cerebral.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas sinusales.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas pulmonares o respiratorios.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asma o fiebre del heno.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ronchas o sarpullidos.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Sí	No
Episodios de desmayos o mareos.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SIDA o infección de VIH.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas a la tiroides.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alergias.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Artritis o reumatismo.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Implante o reemplazo de articulación.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Úlcera estomacal.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas al riñón.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tuberculosis.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tos Persistente.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tos con sangre.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Quimioterapia (cáncer, leucemia).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedades de transmisión sexual.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Epilepsia o convulsiones.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anemia.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Glaucoma.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nerviosismo.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Amigdalitis.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tumores.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atención de salud mental.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas lumbares.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dependencia de fármacos.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prolapso de la válvula mitral.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tratamiento con cortisone.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herpes labial/ampollas por fiebre.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hipoglucemia.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trastorno de la alimentación.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



ANTECEDENTES DENTALES DEL PACIENTE

Nombre del Paciente _____ Fecha de Nacimiento _____

Razón de esta visita _____

¿Cuándo fue su última visita dental? _____ ¿Qué le hicieron entonces? _____

¿Con qué frecuencia visitó al dentista antes de eso? _____

Dentista Anterior (nombre y ubicación) _____

¿Le han hecho una serie completa de radiografías dentales (rayos x)? Indique cuándo y dónde _____

¿Con qué frecuencia se cepilla los dientes? _____ ¿Con qué frecuencia usa seda dental en los dientes? _____

¿El agua potable que usa es fluorada? _____

	Sí	No
¿Sangran sus encías mientras se cepilla o usa la seda dental?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Sus dientes son sensibles a los líquidos o alimentos fríos o calientes?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Sus dientes son sensibles a los líquidos o alimentos dulces o amargos?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Siente dolor en alguno de sus dientes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Tiene alguna llaga o bulto en la boca o alrededor de ella?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Ha tenido lesiones en la cabeza, cuello o mandíbula?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Ha experimentado cualquiera de los siguientes problemas en la mandíbula?:		
Chasquidos.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolor (articulación, oído, costado de la cara).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dificultad para abrirla o cerrarla.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dificultad para masticar.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Sí	No
¿Tiene dolores de cabeza frecuentes?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Aprieta o rechina los dientes?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Se muerde los labios o mejillas con frecuencia?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Ha notado algún diente suelto?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Queda atrapada la comida entre sus dientes?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Ha estado en tratamiento periodontal (encías)?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Alguna vez us una placa de mordida u otro aparato?... Si la respuesta es sí, fecha de postura _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Ha tenido extracciones difíciles en el pasado?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Ha tenido alguna vez una hemorragia prolongada después de una extracción?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Usa prótesis totales o parciales?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Ha recibido alguna vez instrucciones de higiene buccal concerniente al cuidado de sus dientes y encías?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si pudiera cambiar algo de su sonrisa, ¿qué sería? _____

AUTORIZACIÓN Y ENTREGA DE INFORMACIÓN

Certifico que he leído y que comprendo la información anterior, a mi entender, las preguntas anteriores se han contestado en forma precisa. Comprendo que proporcionar información incorrecta puede ser peligroso para mi salud. Yo autorizo al dentista a entregar cualquier información incluido el diagnóstico y registros de tratamiento o exámenes brindados a mí o a mi hijo durante el periodo de atención dental a terceros pagadores y/o a tórcos profesionales de la salud. Autorizo y solicito a mi compañía de seguros a pagar directamente al dentista o grupo de dentistas los beneficios del seguro o de lo contrario pagaderos a mi persona. Comprendo que mi aseguradora puede pagar menos que la cuenta actual por estos servicios. Acepto hacerme responsable de los pagos de todos los servicios prestados en mi nombre o mis cargas.

X _____
Si es menor de edad, firma del padre o tutor del paciente

Fecha

Comentarios del Médico _____

Firma _____ Fecha _____

Número del Paciente