

REGISTRO DEL PACIENTE
favor de completar la informacion

PACIENTE	Fecha:		Telefono de Casa:	
	Nombre:		Celular:	
	Seguro Social #:		Licencia de manejar #:	
	Fecha de nacimiento:		Edad:	
	Hombre:	Mujer:	Nino/Nina:	
	Soltero(a):	Casado(a):	Divorcido(a):	Viudo(a):
	Trabajo Nombre de la Compania:			Telefono:
	Direccion:	Cuidad:	Estado:	Zona postal:

ESPOSO/A	Nombre:		Telefono de Casa:		Celular:
	Seguro Social #:		Licencia de manejar #:		
	Fecha de nacimiento:		Edad:		
	Hombre:	Mujer:			
	Trabajo Nombre de la Compania:			Telefono:	
	Direccion:	Cuidad:	Estado:	Zona postal:	

PADRES	PADRE	Nombre:		Telefono de Casa:		Celular:
		Seguro Social #:		Licencia de manejar #:		
		Fecha de nacimiento:		Edad:		
		Trabajo Nombre de la Compania:			Telefono:	
		Direccion:	Cuidad:	Estado:	Zona postal:	
	MADRE	Nombre:		Telefono de Casa:		Celular:
		Seguro Social #:		Licencia de manejar #:		
		Fecha de nacimiento:		Edad:		
		Trabajo Nombre de la Compania:			Telefono:	
		Direccion:	Cuidad:	Estado:	Zona postal:	

RESIDENCIA	Direccion fisica:		Cuidad:	Estado:	Zona postal:
	Direccion postal:		Cuidad:	Estado:	Zona postal:

SEGURO	Primaria	Nombre del Empleado:		Seguro Social #:	
		Nombre de Seguro:			
		# del Grupo		Telefono:	
		Direccion:	Cuidad:	Estado:	Zona postal:
	Secundaria	Nombre del Empleado:		Seguro Social #:	
		Nombre de Seguro:			
		# del Grupo		Telefono:	
		Direccion:	Cuidad:	Estado:	Zona postal:

FINANCIAS	Persona o personas responsables por la cuenta			Usted	Padres
	Otro:	Nombre:	Telefono:		
		Direccion:	Parentesco:		

EMERGENCIA	Persona de contacto en caso de emergencia				
	Nombre:		Telefono:		
	Direccion		Parentesco:		
	Pariente mas cercano no viviendo con usted				
	Nombre:		Telefono:		
	Direccion:		Parentesco:		

REFERIDO A NOSOTROS POR:

CONSENTIMIENTO AL TRATAMIENTO

1. Por este medio autorizo al doctor o personal auxiliar hacer una examinacion, tomar radiografias, impresiones de los dientes, fotografias, y hacer cualquier otra prueba para poder determinar las necesidades dentales mias o de mi hijo.
2. Una vez que se determine el diagnostico apropiado yo autorizo al doctor a completar dicho tratamiento.
3. Autorizo el uso de anestesia, sedantes , y cualquier otro medicamento necesario. Entiendo que el uso de dichos medicamentos pueden causar reacciones, adversas y otros riesgos. Entiendo que puedo solicitar en cualequier momento una explicacion de cualquier posible complicacion.
4. Por ultimo, estoy de acuerdo de hacerme responsable por pagar todos los servicios que se presten en mi beneficio o el de mis dependientes. Entiendo que **el pago por los servicios prestados debe hacerse al momento de recibir los mismos**, salvo algun otro acuerdo convenido por escrito. En la eventualidad de que no se reciba el pago en la fecha convenida, entiendo que se le pude aumentar el **1- 1½% (18% APR) en pagos atrasados** al balance de mi cuenta. Incluso entiendo que si mi cunte llega a un estado delinquente, sere responsable por los costos de coleccion relacionados con me cuenta.
5. Yo entiendo que el personal de la oficina de la Dra. Ortega **por cortesia** se comunicara con mi aseguransa dental para determinar los beneficios que tengo. Tambien entiendo que mandar cobrar a mi aseguransa **es otra cortesia** por parte de la oficina de la Dra. Ortega.

Ademas entiendo que **es posible** que mi aseguransa puede dar informacion incorrecta a la oficina de la Dra. Ortega y la oficina de la Dra. Ortega de ninguna manera posible podra considerarse responsable de dicha informacion.

Yo tambien entiendo que es **mi responsabilidad** de estar informado de los beneficios y coverturas que me corresponden con mi plan de aseguransa dental. La oficina de la Dra. Ortega recomienda que llame a mi aseguransa personalmente para determinar beneficios y cantidades de mi covertura dental.

Entiendo que la oficina de la Dra. Ortega me provera y calculara aproximadamente los pagos y compensaciones de mi aseguransa pero comprendo que estos son **solamente calculaciones aproximadas**. Hasta que mi aseguransa reciba la demanda de pago y la prosese para pagar no se puede sabre exactamente la porcion que me corresponde.

Finalmente estoy completamente enterado que cualquier cantidad que mi aseguransa no pague es absolutamente **mi responsabilidad**.

6. Entiendo que en ocaciones las companias de aseguransa reusan pagar por servicios proveidos hasta que el asegurado les proporciona la informacion requerida directamente a la compania. Entiendo que **es mi responsabilidad** responder a esta informacion personal adicional y necesito responder durnate 10 dias. Incluso entiendo que si no respondo con la informacion en el tiempo requirido tendre que inmediatamente pagar mi cuenta en total con la oficina de la Dra. Ortega. Si despues de pagar mi cuenta la oficina de la Dra. Ortega, respondo a la informacion solicitada por cortecia la oficina me hayudara a mandar cobrar a mi aseguransa para reciba mis beneficios.

Paciente _____ Fecha _____

Testigo _____

Padre/Madre o Persona Responsable _____ Relacion con el Paciente _____

Formulario para la Historia de Salud

ADA American
Dental
Association®

E-mail:

Fecha de hoy:

Como lo requiere la ley, nuestra oficina se adhiere a las políticas y a los procedimientos escritos para proteger la privacidad de la información que creamos, que recibimos o que mantenemos sobre usted. Sus respuestas son para nuestros registros solamente y se mantendrán en forma confidencial de acuerdo a las leyes vigentes. Por favor, advierta que se le harán algunas preguntas sobre sus respuestas a este cuestionario y que pueden hacerle preguntas adicionales respecto a su salud. Esta información es vital y nos permitirá entregarle una atención apropiada. Esta oficina no usará estos datos para hacer discriminaciones.

Nombre:			Teléfono de Casa: <i>Incluya código del área</i>		Teléfono de Oficina/Celular: <i>Incluya código del área</i>	
Apellido	Nombre	2o Nombre	()	()		
Dirección:			Ciudad:	Estado:	Código postal:	
Dirección postal						
Ocupación:			Altura:	Peso:	Fecha de nacimiento:	Sexo: M F
SS# o ID del Paciente:			Contacto en Emergencias:	Parentesco:	Teléfono: ()	Teléfono celular: ()
					<i>Incluya código del área</i>	
Si usted está llenando este formulario para otra persona, qué parentesco tiene con esa persona?						
Su Nombre			Parentesco			
Tiene alguna de estas enfermedades o problemas:			(Marque NS si usted No Sabe la respuesta a esta pregunta)			
Tuberculosis activa			Sí No NS			
Tos persistente de más de 3 semanas de duración			☐ ☐ ☐			
Tos que produce sangre			☐ ☐ ☐			
Ha estado en contacto con alguien que tiene tuberculosis			☐ ☐ ☐			
Si su respuesta es Sí a cualquiera de estos 4 problemas, por favor deténgase y devuelva este formulario a la recepcionista.						

Información Dental *En las preguntas siguientes haga el favor de marcar su respuesta con una (X) donde corresponda.*

	Sí	No	NS		Sí	No	NS
Le sangran las encías cuando se cepilla o cuando usa seda dental?	☐	☐	☐	Sufre de dolor de oídos o del cuello?	☐	☐	☐
Le duelen los dientes con el frío, calor, con los dulces o al presionar?	☐	☐	☐	Tiene algún ruido, salto o molestia en la mandíbula?	☐	☐	☐
Le quedan alimentos o seda dental atrapados entre los dientes?	☐	☐	☐	Tiene bruxismo o hace rechinar los dientes?	☐	☐	☐
Sufre de boca seca?	☐	☐	☐	Tiene lesiones o úlceras en su boca?	☐	☐	☐
Ha tenido algún tratamiento periodontal (de la encía)?	☐	☐	☐	Usa dentaduras (placas) completas o parciales?	☐	☐	☐
Ha tenido tratamientos de ortodoncia (con aparatos)?	☐	☐	☐	Participa en actividades enérgicas de recreación?	☐	☐	☐
Ha tenido algún problema asociado con un tratamiento dental anterior?	☐	☐	☐	Ha sufrido alguna lesión grave en la cabeza o en la boca?	☐	☐	☐
Está fluorada el agua que llega a su casa?	☐	☐	☐	Fecha de su último examen dental:			
Bebe usted agua embotellada o filtrada?	☐	☐	☐	Qué le hicieron en esa ocasión?			
Si es así, con qué frecuencia? Marque su respuesta con un círculo:				Fecha de su última radiografía dental:			
A DIARIO / SEMANALMENTE / OCASIONALMENTE							
Tiene dolor o molestias dentales en este momento?	☐	☐	☐				
Cuál es el motivo de su visita al dentista hoy?							
Cómo se siente con su sonrisa?							

Información Médica *Haga el favor de marcar su respuesta con una (X) para indicar si tiene o ha tenido alguna de las siguientes enfermedades o problemas.*

	Sí	No	NS		Sí	No	NS
Se encuentra ahora bajo el cuidado de un médico?	☐	☐	☐	Ha tenido alguna enfermedad grave, operación o ha sido hospitalizado/a en los últimos 5 años?	☐	☐	☐
Médico:				Si es así, cuál fue la enfermedad o el problema?			
Nombre							
Dirección/Ciudad/Estado/Código:							
Se encuentra usted sano/a?	☐	☐	☐	Está tomando o ha tomado recientemente algún medicamento recetado o sin receta?	☐	☐	☐
Ha habido algún cambio en su salud general durante el último año?	☐	☐	☐	Sí es así, por favor indique cuáles son, incluyendo vitaminas, preparados naturales o a base de hierbas y/o suplementos dietéticos:			
Si es así, qué condición le están tratando?							
Fecha de su último examen médico:							

Información Médica Haga el favor de marcar su respuesta con una (X) para indicar si tiene o ha tenido alguna de las siguientes enfermedades o problemas.

(Marque NS si usted No Sabe la respuesta a esta pregunta) Usa lentes de contacto? ☐ ☐ ☐ Articulaciones Artificiales. Ha tenido algún reemplazo ortopédico total de una articulación (cadera, rodilla, codo, dedo)? ☐ ☐ ☐ Fecha: _____ Si es así, ha tenido alguna complicación? _____ Está tomando o tiene que empezar a tomar uno de estos medicamentos, alendronato (Fosamax®) o risedronato (Actonel®) por osteoporosis o enfermedad de Paget? ☐ ☐ ☐ Desde 2001, ha sido o está siendo tratado/a, o tiene que empezar un tratamiento con estos bisfosfonatos intravenosos (Aredia® o Zometa®) por dolor en los huesos, hipercalcemia o por alteraciones esqueléticas resultantes de la enfermedad de Paget, del mieloma múltiple o de un cáncer metastásico? ☐ ☐ ☐ Fecha del comienzo del Tratamiento: _____ Alergias - Es usted alérgico - o ha tenido alguna reacción - a: ☐ ☐ ☐ En todas las respuestas afirmativas, especifique el tipo de reacción. Anestésicos locales ☐ ☐ ☐ Aspirina ☐ ☐ ☐ Penicilina u otros antibióticos ☐ ☐ ☐ Barbituratos, sedativos o pastillas para dormir ☐ ☐ ☐ Sulfas ☐ ☐ ☐ Codeína u otros narcóticos ☐ ☐ ☐		Usa sustancias reguladas (drogas)? ☐ ☐ ☐ Usa tabaco (fumado, aspirado/rapé, masticado, en bidis)? ☐ ☐ ☐ Si es así, le interesaría dejar de hacerlo? _____ (marque con un círculo) MUCHO / ALGO / NO ME INTERESA Bebe bebidas alcohólicas? ☐ ☐ ☐ Si es así, cuánto alcohol bebió en las últimas 24 horas? _____ Si es así, cuánto bebe por lo general en una semana? _____ SÓLO PARA MUJERES Está usted: Embarazada? ☐ ☐ ☐ Número de semanas: _____ Tomando píldoras anticonceptivas o de sustitución hormonal? ☐ ☐ ☐ Amamantando? ☐ ☐ ☐							
Por favor marque con una (X) su respuesta para indicar si usted ha tenido o no ha tenido algunas de estas enfermedades o problemas. <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;"> Válvula cardíaca artificial (prótesis) ☐ ☐ ☐ Previa endocarditis infecciosa ☐ ☐ ☐ Válvulas dañadas en corazón transplantado ☐ ☐ ☐ Enfermedad cardíaca congénita (ECC) ECC cianótica, sin reparar ☐ ☐ ☐ Reparada en los últimos 6 meses (completamente) ☐ ☐ ☐ ECC reparada con defectos residuales ☐ ☐ ☐ </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> Enfermedad autoinmune ☐ ☐ ☐ Artritis reumatoidea ☐ ☐ ☐ Lupus eritematoso sistémico ☐ ☐ ☐ Asma ☐ ☐ ☐ Bronquitis ☐ ☐ ☐ Enfisema ☐ ☐ ☐ Sinusitis ☐ ☐ ☐ Tuberculosis ☐ ☐ ☐ Cáncer/Quimioterapia/ Radioterapia ☐ ☐ ☐ Dolores de pecho por esfuerzo ☐ ☐ ☐ Dolor crónico ☐ ☐ ☐ Diabetes Tipo I o II ☐ ☐ ☐ Trastornos de alimentación ☐ ☐ ☐ Malnutrición ☐ ☐ ☐ Enfermedad gastrointestinal ☐ ☐ ☐ Reflujo G.E./ardor persistente ☐ ☐ ☐ Úlceras ☐ ☐ ☐ Alteraciones de la tiroides ☐ ☐ ☐ Derrame cerebral ☐ ☐ ☐ Glaucoma ☐ ☐ ☐ </td> </tr> </table> </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;"> Hepatitis, ictericia o enfermedad hepática ☐ ☐ ☐ Epilepsia ☐ ☐ ☐ Desmayos o ataques epilépticos ☐ ☐ ☐ Alteraciones neurológicas ☐ ☐ ☐ Si es así, especifique: _____ Alteraciones del sueño ☐ ☐ ☐ Alteraciones mentales ☐ ☐ ☐ Especifique: _____ Infecciones recurrentes ☐ ☐ ☐ Tipo de infección: _____ Alteraciones renales ☐ ☐ ☐ Sudor nocturno ☐ ☐ ☐ Osteoporosis ☐ ☐ ☐ Inflamación persistente de los ganglios del cuello ☐ ☐ ☐ Cefaleas graves/jaquecas ☐ ☐ ☐ Pérdida de peso severa o rápida ☐ ☐ ☐ Enfermedades venéreas ☐ ☐ ☐ Orina en forma excesiva ☐ ☐ ☐ </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> Prolapso de la válvula mitral ☐ ☐ ☐ Marcapasos ☐ ☐ ☐ Fiebre reumática ☐ ☐ ☐ Enfermedad cardíaca reumática ☐ ☐ ☐ Sangramiento anormal ☐ ☐ ☐ Anemia ☐ ☐ ☐ Transfusión sanguínea ☐ ☐ ☐ Si es así, fecha: _____ Hemofilia ☐ ☐ ☐ SIDA o infección por VIH ☐ ☐ ☐ Artritis ☐ ☐ ☐ </td> </tr> </table> </td> </tr> </table> Aparte de las condiciones en la lista de arriba, ya no se recomienda realizar una profilaxis antibiótica para ninguna otra forma de ECC. Enfermedad cardiovascular ☐ ☐ ☐ Angina ☐ ☐ ☐ Arteriosclerosis ☐ ☐ ☐ Insuficiencia cardíaca congestiva ☐ ☐ ☐ Daño en las válvulas cardíacas ☐ ☐ ☐ Infarto del miocardio ☐ ☐ ☐ Soplo en el corazón ☐ ☐ ☐ Presión arterial baja ☐ ☐ ☐ Presión arterial alta ☐ ☐ ☐ Otros defectos congénitos del corazón ☐ ☐ ☐		<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;"> Válvula cardíaca artificial (prótesis) ☐ ☐ ☐ Previa endocarditis infecciosa ☐ ☐ ☐ Válvulas dañadas en corazón transplantado ☐ ☐ ☐ Enfermedad cardíaca congénita (ECC) ECC cianótica, sin reparar ☐ ☐ ☐ Reparada en los últimos 6 meses (completamente) ☐ ☐ ☐ ECC reparada con defectos residuales ☐ ☐ ☐ </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> Enfermedad autoinmune ☐ ☐ ☐ Artritis reumatoidea ☐ ☐ ☐ Lupus eritematoso sistémico ☐ ☐ ☐ Asma ☐ ☐ ☐ Bronquitis ☐ ☐ ☐ Enfisema ☐ ☐ ☐ Sinusitis ☐ ☐ ☐ Tuberculosis ☐ ☐ ☐ Cáncer/Quimioterapia/ Radioterapia ☐ ☐ ☐ Dolores de pecho por esfuerzo ☐ ☐ ☐ Dolor crónico ☐ ☐ ☐ Diabetes Tipo I o II ☐ ☐ ☐ Trastornos de alimentación ☐ ☐ ☐ Malnutrición ☐ ☐ ☐ Enfermedad gastrointestinal ☐ ☐ ☐ Reflujo G.E./ardor persistente ☐ ☐ ☐ Úlceras ☐ ☐ ☐ Alteraciones de la tiroides ☐ ☐ ☐ Derrame cerebral ☐ ☐ ☐ Glaucoma ☐ ☐ ☐ </td> </tr> </table>	Válvula cardíaca artificial (prótesis) ☐ ☐ ☐ Previa endocarditis infecciosa ☐ ☐ ☐ Válvulas dañadas en corazón transplantado ☐ ☐ ☐ Enfermedad cardíaca congénita (ECC) ECC cianótica, sin reparar ☐ ☐ ☐ Reparada en los últimos 6 meses (completamente) ☐ ☐ ☐ ECC reparada con defectos residuales ☐ ☐ ☐	Enfermedad autoinmune ☐ ☐ ☐ Artritis reumatoidea ☐ ☐ ☐ Lupus eritematoso sistémico ☐ ☐ ☐ Asma ☐ ☐ ☐ Bronquitis ☐ ☐ ☐ Enfisema ☐ ☐ ☐ Sinusitis ☐ ☐ ☐ Tuberculosis ☐ ☐ ☐ Cáncer/Quimioterapia/ Radioterapia ☐ ☐ ☐ Dolores de pecho por esfuerzo ☐ ☐ ☐ Dolor crónico ☐ ☐ ☐ Diabetes Tipo I o II ☐ ☐ ☐ Trastornos de alimentación ☐ ☐ ☐ Malnutrición ☐ ☐ ☐ Enfermedad gastrointestinal ☐ ☐ ☐ Reflujo G.E./ardor persistente ☐ ☐ ☐ Úlceras ☐ ☐ ☐ Alteraciones de la tiroides ☐ ☐ ☐ Derrame cerebral ☐ ☐ ☐ Glaucoma ☐ ☐ ☐	<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;"> Hepatitis, ictericia o enfermedad hepática ☐ ☐ ☐ Epilepsia ☐ ☐ ☐ Desmayos o ataques epilépticos ☐ ☐ ☐ Alteraciones neurológicas ☐ ☐ ☐ Si es así, especifique: _____ Alteraciones del sueño ☐ ☐ ☐ Alteraciones mentales ☐ ☐ ☐ Especifique: _____ Infecciones recurrentes ☐ ☐ ☐ Tipo de infección: _____ Alteraciones renales ☐ ☐ ☐ Sudor nocturno ☐ ☐ ☐ Osteoporosis ☐ ☐ ☐ Inflamación persistente de los ganglios del cuello ☐ ☐ ☐ Cefaleas graves/jaquecas ☐ ☐ ☐ Pérdida de peso severa o rápida ☐ ☐ ☐ Enfermedades venéreas ☐ ☐ ☐ Orina en forma excesiva ☐ ☐ ☐ </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> Prolapso de la válvula mitral ☐ ☐ ☐ Marcapasos ☐ ☐ ☐ Fiebre reumática ☐ ☐ ☐ Enfermedad cardíaca reumática ☐ ☐ ☐ Sangramiento anormal ☐ ☐ ☐ Anemia ☐ ☐ ☐ Transfusión sanguínea ☐ ☐ ☐ Si es así, fecha: _____ Hemofilia ☐ ☐ ☐ SIDA o infección por VIH ☐ ☐ ☐ Artritis ☐ ☐ ☐ </td> </tr> </table>	Hepatitis, ictericia o enfermedad hepática ☐ ☐ ☐ Epilepsia ☐ ☐ ☐ Desmayos o ataques epilépticos ☐ ☐ ☐ Alteraciones neurológicas ☐ ☐ ☐ Si es así, especifique: _____ Alteraciones del sueño ☐ ☐ ☐ Alteraciones mentales ☐ ☐ ☐ Especifique: _____ Infecciones recurrentes ☐ ☐ ☐ Tipo de infección: _____ Alteraciones renales ☐ ☐ ☐ Sudor nocturno ☐ ☐ ☐ Osteoporosis ☐ ☐ ☐ Inflamación persistente de los ganglios del cuello ☐ ☐ ☐ Cefaleas graves/jaquecas ☐ ☐ ☐ Pérdida de peso severa o rápida ☐ ☐ ☐ Enfermedades venéreas ☐ ☐ ☐ Orina en forma excesiva ☐ ☐ ☐	Prolapso de la válvula mitral ☐ ☐ ☐ Marcapasos ☐ ☐ ☐ Fiebre reumática ☐ ☐ ☐ Enfermedad cardíaca reumática ☐ ☐ ☐ Sangramiento anormal ☐ ☐ ☐ Anemia ☐ ☐ ☐ Transfusión sanguínea ☐ ☐ ☐ Si es así, fecha: _____ Hemofilia ☐ ☐ ☐ SIDA o infección por VIH ☐ ☐ ☐ Artritis ☐ ☐ ☐	Le ha recomendado algún médico o su dentista anterior que tome antibióticos antes de su tratamiento dental? ☐ ☐ ☐ Nombre del médico o del dentista que se lo recomendó: _____ Teléfono: _____ Tiene alguna enfermedad, condición o problema que no figure más arriba y que cree que yo debería saber? ☐ ☐ ☐ Explique por favor: _____	
<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;"> Válvula cardíaca artificial (prótesis) ☐ ☐ ☐ Previa endocarditis infecciosa ☐ ☐ ☐ Válvulas dañadas en corazón transplantado ☐ ☐ ☐ Enfermedad cardíaca congénita (ECC) ECC cianótica, sin reparar ☐ ☐ ☐ Reparada en los últimos 6 meses (completamente) ☐ ☐ ☐ ECC reparada con defectos residuales ☐ ☐ ☐ </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> Enfermedad autoinmune ☐ ☐ ☐ Artritis reumatoidea ☐ ☐ ☐ Lupus eritematoso sistémico ☐ ☐ ☐ Asma ☐ ☐ ☐ Bronquitis ☐ ☐ ☐ Enfisema ☐ ☐ ☐ Sinusitis ☐ ☐ ☐ Tuberculosis ☐ ☐ ☐ Cáncer/Quimioterapia/ Radioterapia ☐ ☐ ☐ Dolores de pecho por esfuerzo ☐ ☐ ☐ Dolor crónico ☐ ☐ ☐ Diabetes Tipo I o II ☐ ☐ ☐ Trastornos de alimentación ☐ ☐ ☐ Malnutrición ☐ ☐ ☐ Enfermedad gastrointestinal ☐ ☐ ☐ Reflujo G.E./ardor persistente ☐ ☐ ☐ Úlceras ☐ ☐ ☐ Alteraciones de la tiroides ☐ ☐ ☐ Derrame cerebral ☐ ☐ ☐ Glaucoma ☐ ☐ ☐ </td> </tr> </table>	Válvula cardíaca artificial (prótesis) ☐ ☐ ☐ Previa endocarditis infecciosa ☐ ☐ ☐ Válvulas dañadas en corazón transplantado ☐ ☐ ☐ Enfermedad cardíaca congénita (ECC) ECC cianótica, sin reparar ☐ ☐ ☐ Reparada en los últimos 6 meses (completamente) ☐ ☐ ☐ ECC reparada con defectos residuales ☐ ☐ ☐	Enfermedad autoinmune ☐ ☐ ☐ Artritis reumatoidea ☐ ☐ ☐ Lupus eritematoso sistémico ☐ ☐ ☐ Asma ☐ ☐ ☐ Bronquitis ☐ ☐ ☐ Enfisema ☐ ☐ ☐ Sinusitis ☐ ☐ ☐ Tuberculosis ☐ ☐ ☐ Cáncer/Quimioterapia/ Radioterapia ☐ ☐ ☐ Dolores de pecho por esfuerzo ☐ ☐ ☐ Dolor crónico ☐ ☐ ☐ Diabetes Tipo I o II ☐ ☐ ☐ Trastornos de alimentación ☐ ☐ ☐ Malnutrición ☐ ☐ ☐ Enfermedad gastrointestinal ☐ ☐ ☐ Reflujo G.E./ardor persistente ☐ ☐ ☐ Úlceras ☐ ☐ ☐ Alteraciones de la tiroides ☐ ☐ ☐ Derrame cerebral ☐ ☐ ☐ Glaucoma ☐ ☐ ☐	<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;"> Hepatitis, ictericia o enfermedad hepática ☐ ☐ ☐ Epilepsia ☐ ☐ ☐ Desmayos o ataques epilépticos ☐ ☐ ☐ Alteraciones neurológicas ☐ ☐ ☐ Si es así, especifique: _____ Alteraciones del sueño ☐ ☐ ☐ Alteraciones mentales ☐ ☐ ☐ Especifique: _____ Infecciones recurrentes ☐ ☐ ☐ Tipo de infección: _____ Alteraciones renales ☐ ☐ ☐ Sudor nocturno ☐ ☐ ☐ Osteoporosis ☐ ☐ ☐ Inflamación persistente de los ganglios del cuello ☐ ☐ ☐ Cefaleas graves/jaquecas ☐ ☐ ☐ Pérdida de peso severa o rápida ☐ ☐ ☐ Enfermedades venéreas ☐ ☐ ☐ Orina en forma excesiva ☐ ☐ ☐ </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> Prolapso de la válvula mitral ☐ ☐ ☐ Marcapasos ☐ ☐ ☐ Fiebre reumática ☐ ☐ ☐ Enfermedad cardíaca reumática ☐ ☐ ☐ Sangramiento anormal ☐ ☐ ☐ Anemia ☐ ☐ ☐ Transfusión sanguínea ☐ ☐ ☐ Si es así, fecha: _____ Hemofilia ☐ ☐ ☐ SIDA o infección por VIH ☐ ☐ ☐ Artritis ☐ ☐ ☐ </td> </tr> </table>	Hepatitis, ictericia o enfermedad hepática ☐ ☐ ☐ Epilepsia ☐ ☐ ☐ Desmayos o ataques epilépticos ☐ ☐ ☐ Alteraciones neurológicas ☐ ☐ ☐ Si es así, especifique: _____ Alteraciones del sueño ☐ ☐ ☐ Alteraciones mentales ☐ ☐ ☐ Especifique: _____ Infecciones recurrentes ☐ ☐ ☐ Tipo de infección: _____ Alteraciones renales ☐ ☐ ☐ Sudor nocturno ☐ ☐ ☐ Osteoporosis ☐ ☐ ☐ Inflamación persistente de los ganglios del cuello ☐ ☐ ☐ Cefaleas graves/jaquecas ☐ ☐ ☐ Pérdida de peso severa o rápida ☐ ☐ ☐ Enfermedades venéreas ☐ ☐ ☐ Orina en forma excesiva ☐ ☐ ☐	Prolapso de la válvula mitral ☐ ☐ ☐ Marcapasos ☐ ☐ ☐ Fiebre reumática ☐ ☐ ☐ Enfermedad cardíaca reumática ☐ ☐ ☐ Sangramiento anormal ☐ ☐ ☐ Anemia ☐ ☐ ☐ Transfusión sanguínea ☐ ☐ ☐ Si es así, fecha: _____ Hemofilia ☐ ☐ ☐ SIDA o infección por VIH ☐ ☐ ☐ Artritis ☐ ☐ ☐				
Válvula cardíaca artificial (prótesis) ☐ ☐ ☐ Previa endocarditis infecciosa ☐ ☐ ☐ Válvulas dañadas en corazón transplantado ☐ ☐ ☐ Enfermedad cardíaca congénita (ECC) ECC cianótica, sin reparar ☐ ☐ ☐ Reparada en los últimos 6 meses (completamente) ☐ ☐ ☐ ECC reparada con defectos residuales ☐ ☐ ☐	Enfermedad autoinmune ☐ ☐ ☐ Artritis reumatoidea ☐ ☐ ☐ Lupus eritematoso sistémico ☐ ☐ ☐ Asma ☐ ☐ ☐ Bronquitis ☐ ☐ ☐ Enfisema ☐ ☐ ☐ Sinusitis ☐ ☐ ☐ Tuberculosis ☐ ☐ ☐ Cáncer/Quimioterapia/ Radioterapia ☐ ☐ ☐ Dolores de pecho por esfuerzo ☐ ☐ ☐ Dolor crónico ☐ ☐ ☐ Diabetes Tipo I o II ☐ ☐ ☐ Trastornos de alimentación ☐ ☐ ☐ Malnutrición ☐ ☐ ☐ Enfermedad gastrointestinal ☐ ☐ ☐ Reflujo G.E./ardor persistente ☐ ☐ ☐ Úlceras ☐ ☐ ☐ Alteraciones de la tiroides ☐ ☐ ☐ Derrame cerebral ☐ ☐ ☐ Glaucoma ☐ ☐ ☐								
Hepatitis, ictericia o enfermedad hepática ☐ ☐ ☐ Epilepsia ☐ ☐ ☐ Desmayos o ataques epilépticos ☐ ☐ ☐ Alteraciones neurológicas ☐ ☐ ☐ Si es así, especifique: _____ Alteraciones del sueño ☐ ☐ ☐ Alteraciones mentales ☐ ☐ ☐ Especifique: _____ Infecciones recurrentes ☐ ☐ ☐ Tipo de infección: _____ Alteraciones renales ☐ ☐ ☐ Sudor nocturno ☐ ☐ ☐ Osteoporosis ☐ ☐ ☐ Inflamación persistente de los ganglios del cuello ☐ ☐ ☐ Cefaleas graves/jaquecas ☐ ☐ ☐ Pérdida de peso severa o rápida ☐ ☐ ☐ Enfermedades venéreas ☐ ☐ ☐ Orina en forma excesiva ☐ ☐ ☐	Prolapso de la válvula mitral ☐ ☐ ☐ Marcapasos ☐ ☐ ☐ Fiebre reumática ☐ ☐ ☐ Enfermedad cardíaca reumática ☐ ☐ ☐ Sangramiento anormal ☐ ☐ ☐ Anemia ☐ ☐ ☐ Transfusión sanguínea ☐ ☐ ☐ Si es así, fecha: _____ Hemofilia ☐ ☐ ☐ SIDA o infección por VIH ☐ ☐ ☐ Artritis ☐ ☐ ☐								

NOTA: Se encarece tanto al Doctor como al paciente que discutan detalladamente todos los aspectos relevantes de la salud del paciente antes del tratamiento.

Certifico que he leído y comprendido lo que aparece más arriba y que la información entregada en este formulario es exacta. Comprendo la importancia de que la historia de salud sea fidedigna y de que mi dentista y su personal puedan confiar en ella para realizar mi tratamiento. Reconozco que todas mis dudas sobre las preguntas de este formulario han sido respondidas satisfactoriamente. Yo no responsabilizaré a mi dentista ni a ningún miembro de su personal por las acciones que puedan tomar debido a los errores o a las omisiones que yo haya podido cometer al completar este formulario.

Firma del Paciente/ Apoderado: _____

Fecha: _____

A SER COMPLETADO POR EL ODONTÓLOGO/A

Comentarios: _____
