

SMILES ON BRISTOL DENTISTRY

2502 S. BRISTOL ST. SANTA ANA, CA 92704
 SMILESONBRISTOL@GMAIL.COM
 PHONE (714) 662-2000
 WWW.SMILESONBRISTOLDENTAL.COM

REGISTRO DEL PACIENTE

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

| | | | | |
|----------------------------|------------------|---------------------|------------------------------------|-------------------------------------|
| PRIMER NOMBRE DEL PACIENTE | INICIAL | APELLIDO | PREFIERE QUE SE LE LLAME | |
| DIRECCIÓN | | | BIRTHDATE | AGE |
| CIUDAD | ESTADO | CÓDIGO POSTAL | <input type="checkbox"/> MASCULINO | <input type="checkbox"/> CASADO |
| | | | <input type="checkbox"/> FEMENINO | <input type="checkbox"/> SOLTERO(A) |
| TELÉFONO DE CASA | TELÉFONO CELULAR | TELÉFONO DE TRABAJO | NÚMERO DE SEGURO SOCIAL | |
| CORREO ELECTRÓNICO | | | LICENCIA DE CONDUCIR NÚMERO | |

| | | | | |
|---|--------------------------------|---------------------|-------------------------|---------------|
| SI EL PACIENTE ES MENOR DE EDAD, PROPORCIONE: | NOMBRE DEL PADRE/MADRE O TUTOR | | RELACIÓN | |
| | DIRECCIÓN | CIUDAD | ESTADO | CÓDIGO POSTAL |
| TELÉFONO DE CASA | TELÉFONO CELULAR | TELÉFONO DE TRABAJO | CORREO ELECTRÓNICO | |
| ¿CON QUIÉN VIVE EL MENOR? <input type="checkbox"/> MADRE <input type="checkbox"/> PADRE <input type="checkbox"/> AMBOS <input type="checkbox"/> OTRO _____ | | | NÚMERO DE SEGURO SOCIAL | |

PROPORCIONE INFORMACIÓN DE CONTACTO ADICIONAL

| | | | | |
|---|--------------------|----------|---------------|--|
| PERSONA DE CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA | NÚMERO DE TELÉFONO | RELACIÓN | | |
| DIRECCIÓN | CIUDAD | ESTADO | CÓDIGO POSTAL | |
| NOMBRE DEL PARIENTE MÁS CERCANO QUE NO VIVA CON USTED | NÚM. DE TELÉFONO | RELACIÓN | | |
| DIRECCIÓN | CIUDAD | ESTADO | CÓDIGO POSTAL | |

EL MAYOR CUMPLIDO QUE NUESTROS PACIENTES NOS PUEDEN DAR ES REFERIRNOS CON SUS FAMILIARES Y AMIGOS

| | |
|--|--------------------------|
| ¿A QUIÉN PODEMOS AGRADECER POR REFERIRLE? | ¿SON PACIENTES NUESTROS? |
| OTRO <input type="checkbox"/> RÓTULO DEL EDIFICIO <input type="checkbox"/> CORREO/ANUNCIO <input type="checkbox"/> SITIO WEB DE INTERNET <input type="checkbox"/> COMPAÑÍA ASEGURADORA <input type="checkbox"/> PÁGINAS AMARILLAS <input type="checkbox"/> _____ | |

POR FAVOR PROPORCIONE SEGURO DENTAL

| COMPAÑÍA ASEGURADORA PRIMARIA | |
|--|---|
| NOMBRE DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS | TELÉFONO DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS |
| NOMBRE DEL EMPLEADOR | TELÉFONO DEL EMPLEADOR |
| NOMBRE DEL ASEGURADO | |
| FECHA DE NACIMIENTO | RELACIÓN CON EL PACIENTE |
| NÚMERO DE SEGURO SOCIAL DEL ASEGURADO | NÚMERO DE GRUPO |
| NÚMERO DE SEGURO SOCIAL DEL ASEGURADO | |
| SI ES ESTUDIANTE, NOMBRE DE LA UNIVERSIDAD | <input type="checkbox"/> TIEMPO COMPLETO <input type="checkbox"/> MEDIO TIEMPO |

| COMPAÑÍA ASEGURADORA SECUNDARIA | |
|--|---|
| NOMBRE DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS | TELÉFONO DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS |
| NOMBRE DEL EMPLEADOR | TELÉFONO DEL EMPLEADOR |
| NOMBRE DEL ASEGURADO | |
| FECHA DE NACIMIENTO | RELACIÓN CON EL PACIENTE |
| NÚMERO DE SEGURO SOCIAL DEL ASEGURADO | NÚMERO DE GRUPO |
| NÚMERO DE SEGURO SOCIAL DEL ASEGURADO | |
| SI ES ESTUDIANTE, NOMBRE DE LA UNIVERSIDAD | <input type="checkbox"/> TIEMPO COMPLETO <input type="checkbox"/> MEDIO TIEMPO |

POR FAVOR FIRME EN LA PARTE POSTERIOR DE LA HOJA



HISTORIAL DENTAL

NOMBRE DEL PACIENTE _____

¡Bienvenido! Para poder proporcionarle la mejor atención posible, por favor complete ambos lados de este formulario de historial dental/médico. Toda la información es completamente confidencial.

¿Cuál es el motivo de su visita el día de hoy? _____

Fecha de la última consulta al dentista _____ Última limpieza dental _____ Últimos Rayos X de la boca completa _____

¿Qué se le realizó en su última consulta al dentista? _____

Nombre del dentista anterior _____ Teléfono _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

¿Con qué frecuencia se realiza exámenes dentales? _____

¿Con qué frecuencia se cepilla los dientes? _____ ¿Con qué frecuencia utiliza hilo dental? _____

¿Alguna vez ha usado o actualmente usa flúor tópico? _____ SI NO

¿Qué otra clase de ayudas dentales usa? (Interplak, palillos de dientes, etc.) _____

¿Tiene algún problema dental ahora? _____ SI NO

En caso afirmativo, describa el problema _____

¿Algunos de sus dientes son sensibles a ...?

¿Frío o calor? Si No

¿Dulces? Si No

¿Morder o masticar? Si No

¿Ha notado olores en la boca o malos sabores? Si No

¿Sufre frecuentemente de herpes labial, ampollas o alguna otra lesión en la boca? Si No

¿Sus encías sangran o le duelen? Si No

¿Sus padres han padecido de enfermedades en las encías o pérdida de dientes? Si No

¿Ha notado algún diente flojo o cambio Si No

¿Alguna vez ha tenido ...?

¿Tratamiento de ortodoncia? Si No

¿Cirugía oral? Si No

¿Tratamiento periodontal? Si No

¿Rechina los dientes o muerde de forma apretada? Si No

¿Dentadura postiza completa/parcial o guarda dental? Si No

¿Hace cuánto tiempo lo tiene? _____

¿Una lesión seria en la boca o cabeza? Si No

¿Alguna vez ha experimentado chasquido o crujido de la mandíbula? Si No

¿Músculos adoloridos (cuello, hombros)? Si No

¿Dolor (articulación, oído, lado de la cara)? Si No

¿Dificultad al abrir o cerrar la boca? Si No

¿Dificultad al masticar en cualquier lado de la boca? Si No

¿Dolores de cabeza, de cuello o de hombros? Si No

¿Usted...?

¿Aprieta o rechina los dientes al estar despierto o dormido? Si No

¿Muerde sus mejillas, labios o uñas de las manos con regularidad? Si No

¿Sostiene objetos extraños con sus dientes? Si No

(lápices, pipa, alfileres, clavos, etc.) Si No

¿Respira por la boca mientras está despierto o dormido? Si No

¿Tiene la mandíbula cansada especialmente por la mañana? Si No

¿Ronca o tiene algún otro desorden del sueño? Si No

¿Fuma/mastica tabaco o usa algún otro producto de tabaco? Si No

¿Toma café o té? Si No

¿Está satisfecho con la apariencia de sus dientes? Si No

¿Considera que su salud dental afecta su salud general? Si No

¿Considera que las limpiezas profesionales realizadas con regularidad son importantes? Si No

¿Cambiaría sus dientes si pudiera...?

¿Más blancos? Si No

¿Más rectos? Si No

¿Eliminar espacio? Si No

¿Reemplazar los rellenos plateados por rellenos blancos? Si No

¿Reparar dientes astillados? Si No

¿Reemplazar dientes faltantes? Si No

¿Reemplazar coronas antiguas que no armonizan? Si No

¿Mostrar menos encía? Si No

¿Se siente nervioso por recibir tratamiento dental? Si No

De ser así, ¿cuál es su mayor preocupación? _____

¿Alguna vez le indicaron tomar una premedicación antes de un tratamiento dental? Si No

¿Desea hacernos saber algo más sobre recibir un tratamiento dental? Si No



SI RESPONDE AFIRMATIVAMENTE A ALGUNA DE LAS DOS PREGUNTAS QUE SE PRESENTAN A CONTINUACIÓN, POR FAVOR DETÉNGASE DEVUELVA ESTE FORMULARIO A EL(LA) RECEPCIONISTA. ¿ALGUNA VEZ HA TENIDO LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES O PROBLEMAS? TUBERCULOSIS ACTIVA [] SI [] NO TOS QUE PRODUZCA SANGRE [] SI [] NO

LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SON PARA SU BENEFICIO Y GARANTIZAN QUE EL TRATAMIENTO TOMARÁ EN CUENTA SU ESTADO DE SALUD ANTERIOR Y ACTUAL. ES POSIBLE QUE ALGUNAS PREGUNTAS PAREZCAN NO TENER RELACIÓN CON SU CONDICIÓN DENTAL, PERO TODAS ESTÁN ASOCIADAS CON UNA ATENCIÓN ADECUADA DE SU SALUD ORAL. CONTESTE CADA PREGUNTA.

- 1. Nombre del médico _____ Teléfono (_____) _____
¿Ha recibido alguna atención médica en los últimos dos años? Si No
Describe _____
2. ¿Ha tomado algún medicamento o fármaco durante los últimos dos años? Si No
3. ¿Toma actualmente algún medicamento, fármaco, pastillas o remedios herbarios, incluyendo dosis de aspirina? Si No
Si la respuesta es afirmativa, enumere el nombre y la dosis _____
4. ¿Es usted sensible o alérgico a alguna sustancia o medicamento? [] Si [] No Si la respuesta es afirmativa, ¿a qué fármacos?
[] Penicilina [] Tetraciclina [] Sulfas [] Aspirina [] Codeína [] Otros. Si hay otros, ¿qué fármacos? _____
5. ¿Alguna vez ha tomado medicamentos con receta médica para la pérdida de peso (pastillas de dieta)? Si No
Si la respuesta es afirmativa, ¿tomó alguno de los siguientes?
[] Fen-Phen [] Pondimen [] Redux [] Other _____
6. ¿Alguna vez ha tomado fármacos para la prevención de pérdida de masa ósea, como Fosamax, Boniva o algún fármaco similar? Si No
7. ¿Ha estado hospitalizado en los últimos cinco años? Si No
8. Indique cual de las siguientes condiciones ha tenido o tiene en la actualidad. Marque "si" o "no" a cada pregunta:

Table with 4 columns of medical conditions and 'Si'/'No' responses. Conditions include SIDA/V.I.H., Anemia, Artritis/Reumatismo, Válvula cardiaca artificial, etc.

- 9. ¿Ha bajado o subido más de 10 libras durante el año pasado? Si No
10. ¿Tiene o ha tenido alguna enfermedad, condición o problema que no se haya mencionado? Si No

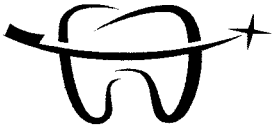
En caso afirmativo, por favor haga una lista

- 11. ¿Está embarazada o piensa que pudiera estarlo? Si _____ Meses No Lactando? Si No
12. ¿Utiliza medicamentos con receta para el control de la natalidad? Si No
13. ¿Tiene algún problema relacionado con su período menstrual? Si No

He respondido a todas las preguntas según mi leal saber y entender. Si se necesitara más información, doy mi autorización para que se le pregunte a mi proveedor o agencia de atención médica correspondiente, quien puede revelarles dicha información. Notificaré al médico de cualquier cambio en mi salud o medicamento.

Firma del paciente/tutor _____ Fecha _____

Table for medical history review with columns for Year 2 and Year 3, including fields for Date, Signature, Changes in Health, BP, Pulse, and Reviewed By.



SMILES ON BRISTOL DENTISTRY

2502 S. BRISTOL ST. SANTA ANA, CA 92704
SMILESONBRISTOL@GMAIL.COM
PHONE (714) 662-2000
WWW.SMILESONBRISTOLDENTAL.COM

REGISTRO DEL PACIENTE

RECONOCIMIENTO Y CONSENTIMIENTO

1. Por este medio autorizo al médico o al personal designado para que puedan tomar Rayos X, modelos de estudio, fotografías y otros métodos de diagnóstico que el médico considere apropiados para realizar un diagnóstico minucioso de mis necesidades dentales o las de mis dependientes.
2. Otorgo mi consentimiento para que el médico o el personal designado utilicen y divulguen cualquier registro médico oral, escrito o electrónico que se pueda identificar de forma individual como mío o de mis dependientes con el propósito de realizar mi tratamiento, pago o recibir atención médica. Entiendo que sólo se utilizará o divulgará la cantidad mínima de información necesaria para proveer atención de calidad y que se encuentra disponible un aviso que describe completamente la protección de mi información de salud personal.
3. Por este medio autorizo y ordeno que se pague directamente a Smiles on Bristol Dentistry el pago de los beneficios del seguro dental que de otro modo serían pagaderos a mí por los servicios prestados. En el caso que la compañía de seguro me envíe el pago por error, entiendo que soy responsable de remitir dicho pago inmediatamente a Smiles on Bristol Dentistry.
4. Acuerdo ser responsable por el pago de todos los servicios que se presten en mi nombre o en nombre de mis dependientes. Entiendo que el pago debe efectuarse en el momento de recibir el servicio, a menos que se hayan hecho otros acuerdos. En el caso de que los pagos no se reciban en las fechas acordadas, entiendo que es posible que se sume a mi cuenta el 1-1/2% (18% tasa anual) de cargo por atraso o \$15 de cargo por atraso por pago tardío. También acuerdo informar a Smiles on Bristol Dentistry de cualquier cambio de dirección o número de teléfono dentro de los siguientes 30 días de dicho cambio. En el caso que no cumpla con ello, autorizo a Smiles on Bristol Dentistry a utilizar todos los medios debidos, inclusive el uso de registros de historial crediticio, para averiguar mi nueva dirección para propósitos de cobro.

FIRMA DEL PACIENTE _____ FECHA _____

FIRMA DEL PADRE DEL FAMILIA/PARTE RESPONSABLE _____

RELACIÓN CON EL PACIENTE _____

TESTIGO _____