



# BIENVENIDO

Nos place darle la bienvenida a nuestro consultorio. Porfavor tómesese unos minutos en completar este formulario lo mejor que pueda. Si tiene una pregunta con gusto le podemos ayudar. Esperamos poder trabajar con usted en el mantenimiento de su salud dental.



## INFORMACION DEL PACIENTE

Nombre \_\_\_\_\_ Seguro social. # \_\_\_\_\_  
*Apellido Nombre Titulo*

Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_ Teléfono móvil \_\_\_\_\_

Teléfono Laboral \_\_\_\_\_

Sexo \_\_\_ Masculino \_\_\_ Femenino Edad \_\_\_\_\_ Nacimiento \_\_\_\_\_

Soltero \_\_\_ Casado \_\_\_ Viudo \_\_\_ Separado \_\_\_ Divorciado \_\_\_\_\_

Empleado por \_\_\_\_\_ ocupación \_\_\_\_\_

Dirección laboral \_\_\_\_\_ Teléfono laboral \_\_\_\_\_

A quien debemos agradecer por referirnos? \_\_\_\_\_

Contacto de emergencia (o notificación de cancelación)? \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

### Autorización

Esta información ha sido revisada y he respondido el cuestionario con mi mejor habilidad. entiendo que soy financieramente responsable por todos los cargos que no sean cubiertos por su seguro. Los pagos vencidos en su totalidad al tiempo del tratamiento, de lo contrario previamente aprobado o el procedimiento ha sido aprobado por su seguro. Entiendo que un 1.33% cargo financiero será recargado en forma mensual en su balance de cuenta, para cualquier balance en su cuenta con más de 60 días. Estoy de acuerdo en reembolsar a la oficina los gastos de cualquier agencia de cobros, incluyendo en un básico porcentaje a un máximo de 50% de la deuda, y todos los costos, y otros gastos, incluyendo gastos y tarifas del abogado, si la oficina incurre con estos esfuerzos realizados.

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

# Formulario para la Historia de Salud

**ADA** American Dental Association®

America's leading advocate for oral health

Email:  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>	
<i>Apellido</i>	<i>Nombre</i>	<i>2o Nombre</i>	( )	( )	( )
Dirrección:		Ciudad:		Estado: Código postal:	
<i>Dirrección postal</i>					
Ocupación:		Altura:	Peso:	Fecha de nacimiento:	Sexo: M F O
SS# o ID del Paciente:		Contacto en Emergencias:	Parentesco:	Teléfono: <i>Incluya código del área</i>	Teléfono celular: <i>Incluya código del área</i>
Innecesario				( )	( )
Si usted está llenando este formulario para otra persona, qué parentesco tiene con esa persona?					
<i>Su Nombre</i>		<i>Parentesco</i>			
<b>Tiene alguna de estas enfermedades o problemas:</b> <i>(Marque NS si usted No Sabe la respuesta a esta pregunta)</i>					
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 .....					□ □ □
<b>Si su respuesta es Sí a cualquiera de estos 4 problemas, por favor deténgase y devuelva este formulario a la recepcionista.</b>					

## 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 energéticas 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? <i>Marque su respuesta con un círculo:</i>				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:	Teléfono: <i>Incluya código del área</i>			Si es así, cuál fue la enfermedad o el problema?			
<i>Nombre</i>	( )						
Dirrección/Ciudad/Estado/Código:				Está tomando o ha tomado recientemente algún medicamento recetado o sin receta? .....	□	□	□
Se encuentra usted sano/a? .....	□	□	□	Si es así, por favor indique cuáles son, incluyendo vitaminas, preparados naturales o a base de hierbas y/o suplementos dietéticos:			
Ha habido algún cambio en su salud general durante el último año? .....	□	□	□				
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)		SÍ	No	NS			SÍ	No	NS	
Usa lentes de contacto?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Usa sustancias reguladas (drogas)?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Articulaciones Artificiales.</b> Ha tenido algún reemplazo ortopédico total de una articulación (cadera, rodilla, codo, dedo)?					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Fecha: _____ Si es así, ha tenido alguna complicación? _____					Usa tabaco (fumado, aspirado/rapé, masticado, en bidis)?					
Está tomando o tiene que empezar a tomar un agente antiirresortivo (como Fosamax®, Actonel®, Atelvia, Boniva®, Reclast, Prolia) debido a osteoporosis o a enfermedad de Paget?					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si es así, le interesaría dejar de hacerlo? Marque con un círculo: MUCHO / ALGO / NO ME INTERESA		
Desde el año 2001, ha sido tratado/a o está actualmente en lista para comenzar tratamiento con un agente antiirresortivo (como Aredia®, Zometa®, XGEVA) para dolor óseo, hipercalcemia o complicaciones esqueléticas derivadas de la enfermedad de Paget, mieloma múltiple o cáncer metastásico?					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bebe bebidas alcohólicas? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
Fecha del comienzo del Tratamiento: _____					Si es así, cuánto alcohol bebió en las últimas 24 horas? _____					
					Si es así, cuánto bebe por lo general en una semana? _____					
					<b>SÓLO MUJERES</b> Está usted:					
					Embarazada? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					
					Número de semanas: _____					
					Tomando píldoras anticonceptivas o de sustitución hormonal? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					
					Amamantando? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					
<b>Alergias.</b> Es usted alérgico – o ha tenido alguna reacción – a:										
En todas las respuestas <b>afirmativas</b> , especifique el tipo de reacción.					SÍ	No	NS	Metales <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
Anestésicos locales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				Látex (goma) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
Aspirina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				Yodo <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
Penicilina u otros antibióticos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				Polen (fiebre del heno)/estacional <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
Barbituratos, sedativos o pastillas para dormir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				Animales <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
Sulfas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				Alimentos <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
Codeína u otros narcóticos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				Otros <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			

Por favor marque con una (X) su respuesta para indicar si usted ha tenido o no ha tenido algunas de estas enfermedades o problemas.

		SÍ	No	NS			SÍ	No	NS			SÍ	No	NS
Válvula cardíaca artificial (prótesis)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad autoinmune	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Glaucoma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Previa endocarditis infecciosa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Artritis reumatoidea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hepatitis, ictericia o enfermedad hepática	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Válvulas dañadas en corazón transplantado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lupus eritematoso sistémico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Epilepsia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedad cardíaca congénita (ECC)					Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Desmayos o ataques epilépticos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ECC cianótica, sin reparar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bronquitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alteraciones neurológicas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reparada en los últimos 6 meses (completamente)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfisema	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si es así, especifique: _____				
ECC reparada con defectos residuales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sinusitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alteraciones del sueño	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aparte de las condiciones en la lista de arriba, ya no se recomienda realizar una profilaxis antibiótica para ninguna otra forma de ECC.					Tuberculosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Usted ronca?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					Cáncer/Quimioterapia/Radioterapia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alteraciones mentales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					Dolores de pecho por esfuerzo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Especifique: _____				
					Dolor crónico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Infecciones recurrentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					Diabetes Tipo I o II	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tipo de infección: _____				
					Trastornos de alimentación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alteraciones renales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					Malnutrición	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sudor nocturno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					Enfermedad gastrointestinal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Osteoporosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					Reflujo G.E./ardor persistente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Inflamación persistente de los ganglios del cuello	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					Úlceras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cefaleas graves/jaquecas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					Alteraciones de la tiroides	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pérdida de peso severa o rápida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					Derrame cerebral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedades venéreas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
										Orina en forma excesiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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: Incluya código del área ( ) \_\_\_\_\_

Tiene alguna enfermedad, condición o problema que no figure más arriba y que cree que yo debería saber?

Explique por favor: \_\_\_\_\_

**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: \_\_\_\_\_

Firma del proveedor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

A SER COMPLETADO POR EL ODONTÓLOGO/A

Comentarios: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**STIRLING SMILES**  
**BRIDGET A. LANG, DMD, LLC**

**AUTORIZACION PARA EL  
TRATAMIENTO  
DENTAL/MEDICO/FINANCIERO  
INFORMACION**

- Yo autorizo a compartir información de mi paciente información de salud con uno o con todos los médicos/dentistas/ especialista dental, cuando se trata de mi cuidado.

FIRMA DEL PACIENTE O REPRESENTANTE \_\_\_\_\_  
FECHA \_\_\_\_\_

- Yo autorizo a la Dra. Bridget Lang y a los miembros de esta oficina a compartir mi tratamiento diagnóstico, y recibo de pago/información con los siguientes individuos:

NOMBRE \_\_\_\_\_

RELACION CON EL PACIENTE \_\_\_\_\_ TELEFONO \_\_\_\_\_

NOMBRE \_\_\_\_\_

RELACION CON EL PACIENTE \_\_\_\_\_ TELEFONO \_\_\_\_\_

FIRMA DEL PACIENTE O REPRESENTANTE \_\_\_\_\_  
FECHA \_\_\_\_\_

= O =

- NO DESEO COMPARTIR MI TRATAMIENTO, DIAGNOSIS O INFORMACION FINANCIERA CON NINGUNA PERSONA.

FIRMA DEL PACIENTE O REPRESENTANTE \_\_\_\_\_  
FECHA \_\_\_\_\_

*STIRLING SMILES  
BRIDGET A. LANG, DMD, LLC*

**RECONOCIMIENTO DE RECIBO DE  
NOTIFICACION DE PRIVACIDAD**

- Usted puede negarse a firmar esta declaración\*

Yo, \_\_\_\_\_, he recibido  
una de esta oficina de las notificaciones de las prácticas privadas.

Escriba su nombre \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

**PARA EL SOLO USO DE LA OFICINA**

Hemos obtenido este reconocimiento recibido para notificación de  
privacidad de las practicas. No reconocimiento fue obtenido porque:

\_\_\_ El individuo se negó a firmar

\_\_\_ Una barrera en la comunicación prohibió obtener  
el reconocimiento.

\_\_\_ Una situación de emergencia que previno de  
obtener el reconocimiento.

\_\_\_ Otros (Por favor especifique)

---

---

---

**STIRLING SMILES**  
**BRIDGET A. LANG, DMD, LLC**

**AUTORIZACION DE SEGURO MEDICO**

Yo autorizo y solicito a mi seguro médico el pago directo a mi dentista o grupo dental de seguro de los beneficios que me corresponden a mí. Entiendo que mi Seguro dental pagara menos que la actual recibo de pago por los servicios realizados. Entiendo que soy responsable por todos los pagos y todos los servicios realizados a mi persona o a mis dependientes.

\_\_\_\_\_  
Firma del responsable principal

\_\_\_\_\_  
Fecha

**SEGURO PRIMARIO DENTAL**

Persona responsable de la cuenta \_\_\_\_\_

Relación con el paciente \_\_\_\_\_  
*Apellido*                      *Nombre*                      *Iniciales*  
\_\_\_\_\_ *Nacimiento* \_\_\_\_\_ *Seguro social#* \_\_\_\_\_

Dirección(si es diferente a la del paciente) \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_ Teléfono mobile \_\_\_\_\_ Negocio \_\_\_\_\_

Persona responsable laboral \_\_\_\_\_ Ocupación \_\_\_\_\_

Dirección laboral \_\_\_\_\_ Teléfono laboral \_\_\_\_\_

Compañía de seguro \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_

Dirección de seguro \_\_\_\_\_

Contrato # \_\_\_\_\_ Grupo # \_\_\_\_\_ Subscriptor # \_\_\_\_\_

Nombre de los dependientes bajo este plan \_\_\_\_\_

**COVERTURA ADICIONAL DE SEGURO DENTAL**

Tiene el paciente cobertura adicional? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Nombre de la subscriptor \_\_\_\_\_ Relación con el paciente \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Nacimiento \_\_\_\_\_

Dirección (si es diferente al del paciente) \_\_\_\_\_ Seguro Social # \_\_\_\_\_

Nombre del empleador \_\_\_\_\_ Teléfono laboral \_\_\_\_\_

Compañía de seguro \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Dirección del seguro \_\_\_\_\_

Contrato # \_\_\_\_\_ Grupo # \_\_\_\_\_ Subscriptor # \_\_\_\_\_

Nombre de dependientes bajo este plan \_\_\_\_\_

Entiendo que si el Medico Dental no participa de mi plan;  
Soy responsable del balance total no cubierto por el Seguro medico

\_\_\_\_\_  
*Firma*