

## INFORMACION DEL PACIENTE

**POR FAVOR COMPLETE LA FORMA CON LETRA DE MOLDE.**

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

**(Información del padre si el paciente es menor de edad)**

NOMBRE \_\_\_\_\_ EDAD \_\_\_\_\_ SEXO \_\_\_\_\_ TEL DE RESIDENCIA( ) \_\_\_\_\_  
Primer Nombre - Segundo Nombre - Apellido

DOMICILIO \_\_\_\_\_ APTO \_\_\_\_\_ TEL DE CELULAR ( ) \_\_\_\_\_

CIUDAD \_\_\_\_\_ ESTADO \_\_\_\_\_ ZONA POSTAL \_\_\_\_\_ TEL DE TRABAJO ( ) \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_ SEGURO SOCIAL \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ E-MAIL: \_\_\_\_\_

ESTADO CIVIL \_\_\_\_\_ COMPAÑIA DE TRABAJO \_\_\_\_\_ OCUPACIÓN \_\_\_\_\_

### SEGURO DENTAL

### NOMBRE DEL ASEGURADO (si es diferente del paciente)

NOMBRE \_\_\_\_\_ NOMBRE \_\_\_\_\_ PARENTESCO \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN \_\_\_\_\_ DIRECCIÓN \_\_\_\_\_

CIUDAD \_\_\_\_\_ ESTADO \_\_\_\_\_ ZONA POSTAL \_\_\_\_\_ CIUDAD \_\_\_\_\_ ESTADO \_\_\_\_\_ ZONA POSTAL \_\_\_\_\_

TEL # ( ) \_\_\_\_\_ GRUPO # \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_ SEGURO SOCIAL \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

NUMERO DE POLIZA \_\_\_\_\_ COMPAÑIA \_\_\_\_\_

**TIENE UNA SEGUNDA COBERTURA DENTAL?** SÍ \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

SI CONTESTO " SÍ", ENTREGUE LA **INFORMACIÓN DE LA SEGUNDA COBERTURA DENTAL** A LA RECEPCIONISTA .

EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A: \_\_\_\_\_ PARENTESCO \_\_\_\_\_ TELÉFONO( ) \_\_\_\_\_

¿A QUIEN LE AGRADECEMOS POR RECOMENDARLO A NUESTRA OFICINA ? \_\_\_\_\_

### CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO DENTAL

- AUTORIZO A MI DENTISTA(S) Ó EMPLEADOS DESIGNADOS A TRATARME QUE HAGAN LOS SERVICIOS DENTALES NECESARIOS PARA HACER UN DIAGNÓSTICO COMPLETO DE MIS NECESIDADES DENTALES.
- AUTORIZO TODOS MIS BENEFICIOS DENTALES A LOS CUALES TENGO DERECHO BAJO MI SEGURO(S) DENTAL SEAN PAGADOS A MI DENTISTA. ESTA FORMA TAMBIEN AUTORIZA ESTA OFICINA A ENVIAR COBROS Y RECIBIR PAGOS DIRECTAMENTE DE EL SEGURO DENTAL CON LA NOTA "SIGNATURE ON FILE" ( FIRMA EN ARCHIVO). YO AUTORIZO A MI DENTISTA(S) ENTREGAR MI EXPEDIENTE, RADIOGRAFIAS, Ú OTRA INFORMACIÓN QUE SE CONSIDERE NECESARIA PERTINENTE A MI SEGURO DENTAL CUANDO SEA REQUERIDO Y NECESARIO.
- ESTOY DE ACUERDO A SER RESPONSABLE DE PAGAR TODOS LOS SERVICIOS RECIBIDOS A MI Ó MIS DEPENDIENTES.
- PACIENTES QUE TIENEN SEGURO DENTAL DEBEN DE SABER QUE SON RESPONSABLES POR LOS COBROS DE TRATAMIENTO, Y NO EL SEGURO DENTAL. NUESTRA SECRETARIA PODRA AYUDARLE A COMPLETAR LAS FORMAS ADECUADAS PARA ENVIAR LOS COBROS A SU SEGURO DENTAL.
- HE RECIBIDO UNA COPIA DE EL INFORME DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD DE ESTA OFICINA. ESTOY DANDO MÍ CONSENTIMIENTO PARA EL USO DE LA INFORMACIÓN DE MI SALUD PARA LLEVAR A CABO EL TRATAMIENTO, PAGOS Y CUIDADO DE SALUD DENTAL.

\_\_\_\_\_  
**FIRMA DEL PACIENTE (PADRE Ó TUTOR)**

\_\_\_\_\_  
**NOMBRE DEL PACIENTE (PADRE Ó TUTOR)  
EN LETRA DE MOLDE**

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

# HISTORIA DEL PACIENTE

Por favor complete la forma con letra de molde.

NOMBRE: \_\_\_\_\_

FECHA: \_\_\_\_\_

¿TIENE ALGUNA MOLESTIA EN ESTE MOMENTO? SI NO

TIENE SENSIBILIDAD CON:

FRIO CALIENTE DULCE MASTICAR

¿EXISTE ALGUN PROBLEMA EN ESPECIAL POR SU VISITA DE HOY? SI NO

EXPLIQUE : \_\_\_\_\_ ULTIMA FECHA DE TRATAMIENTO DENTAL: \_\_\_\_\_

¿EXISTE ALGUNA RAZÓN EN PARTICULAR POR LA CUAL DEJÓ SU DENTISTA ANTERIOR?

¿LE HACE SENTIR NERVIOSO EL TRATAMIENTO DENTAL?

SI NO UN POCO REGULAR MUCHO

¿LE PREOCUPA ALGO EN PARTICULAR CON RESPECTO AL TRATAMIENTO DENTAL? SI NO  
SI CONTESTO "SI", EXPLIQUE: \_\_\_\_\_

TIENE PROBLEMAS CON LO SIGUIENTE: SANGRAMIENTO DE LAS ENCÍAS MAL ALIENTO

RECHINA LOS DIENTES POR LA NOCHE RUIDO DE LA MANDÍBULA

¿CUANTAS VECES SE CEPILLA? \_\_\_\_\_

¿CUANTAS VECES USA EL HILO DENTAL? DIARIAMENTE ALGUNAS VECES RARAMENTE

SELLOS Y RESTAURACIONES PREVENTIVAS: ¿HA TENIDO UNA CAPA Ó SELLO ESPECIAL COLOCADO EN SUS DIENTES DE ATRAS PARA PROTEGERLOS CONTRA LAS CARIES? SI NO

SI PUDIERA CAMBIAR MI SONRISA, HARIA LO SIGUIENTE (MARCAR LO INDICADO):

DIENTES MAS BLANCOS REEMPLAZAR RELLENOS MANCHADOS DEL FRENTE  
CAMBIAR LOS RELLENOS DE PLATA A RELLENOS BLANCOS REPARAR DIENTES ASTILLADOS  
ENDEREZAR ALGUNOS DIENTES CERRAR LOS ESPACIOS OTRO \_\_\_\_\_

¿TIENE Ó HA TENIDO **PLACAS DENTALES REMOVIBLES**? SI NO

SI TIENE, ¿CUANDO FUERON HECHAS? \_\_\_\_\_ ¿PRACTICA DEPORTES? SI NO

¿CUANDO FUE SU ÚLTIMA LIMPIEZA DENTAL? \_\_\_\_\_

NOMBRE DE SU DENTISTA ANTERIOR \_\_\_\_\_

¿CUANDO FUERON TOMADAS LAS ÚLTIMAS RADIOGRAFÍAS DENTALES COMPLETAS? \_\_\_\_\_

¿COMO DESCRIBIRÍA SU SALUD DENTAL?

EXCELENTE BUENA REGULAR MALA

DATE	DOCTORS INITIALS	CHANGE *YES NO

DATE	DOCTORS INITIALS	CHANGE *YES NO

**HISTORIA MÉDICA**  
**POR FAVOR COMPLETE CON LETRA DE MOLDE**

**NOMBRE:** \_\_\_\_\_  
 Primer nombre - Segundo nombre - Apellido

\*If yes, update patient chart (For office use only)

**¿TIENE Ó HA TENIDO ALGUNA DE LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES Ó PROBLEMAS MEDICOS?**

	SI	NO		SI	NO		SI	NO
* Prolapso de la válvula Mitral	___	___	Problemas de los riñones	___	___	Desordenes de sangramiento	___	___
* Soplo en el Corazon	___	___	Hepatitis	___	___	Desordenes nerviosos	___	___
Problemas del corazon	___	___	Ictericia	___	___	Desordenes mentales	___	___
Marcador de paso	___	___	* Reemplazo de coyunturas	___	___	VIH+	___	___
* Cirugia de la(s) válvulas del corazon	___	___	Sangramiento excesivo	___	___	Asma	___	___
Cirugia de Puente de las arterias coronarias	___	___	Tuberculosis	___	___	Sinusitis	___	___
* Fiebre reumática	___	___	Problemas de los pulmones	___	___	Picazones	___	___
Problemas con el hígado	___	___	Ataques	___	___	Desmayos	___	___
Diabetis	___	___	Epilepsia	___	___	Enfermedades venéreas	___	___
			Convulsiones	___	___	Alergia al LATEX	___	___
			Presión alta	___	___	Otro	___	___

**¿ESTA TOMANDO ALGUNA DROGA Ó MEDICAMENTO? SI \_\_\_ NO \_\_\_ SI CONTESTO "SI", ¿QUE ESTA TOMANDO?**

MEDICINA: \_\_\_\_\_ PARA: \_\_\_\_\_ MEDICINA: \_\_\_\_\_ PARA: \_\_\_\_\_

MEDICINA: \_\_\_\_\_ PARA: \_\_\_\_\_ MEDICINA: \_\_\_\_\_ PARA: \_\_\_\_\_

¿ALGUNA VEZ HA TOMADO BIFOSFONATOS? SI \_\_\_ NO \_\_\_

\*¿ NECESITA TOMAR ANTIBIOTICOS PREMEDICADOS ANTES DE SU CITA DENTAL? SÍ \_\_\_ NO \_\_\_

¿ES ALÉRGICO A ALGUN TIPO DE MEDICINA Ó ANESTESIA? SI \_\_\_ NO \_\_\_  
 SI CONTESTO "SI", ¿A QUE ES ALÉRGICO? \_\_\_\_\_

¿TIENE Ó HA TENIDO ALGUN PROBLEMA CON LA ANESTESIA LOCAL? SI \_\_\_ NO \_\_\_

¿SE ENCUENTRA EN BUENA SALUD? SI \_\_\_ NO \_\_\_

¿ESTA VIENDO A UN MEDICO ACTUALMENTE? SI \_\_\_ NO \_\_\_  
 SI CONTESTO "SI", ¿QUE ESTA SIENDO TRATADO? \_\_\_\_\_

NOMBRE DE SU MEDICO: \_\_\_\_\_ TELÉFONO( ) \_\_\_\_\_

¿HA TENIDO ALGUNA ENFERMEDAD SERIA Ó HOSPITALIZACIÓN? SI \_\_\_ NO \_\_\_  
 SI CONTESTO "SI", POR FAVOR EXPLIQUE: \_\_\_\_\_

¿TOMA ASPIRINA DIARIAMENTE? SI \_\_\_ NO \_\_\_

¿EXISTE ALGUNA CONDICIÓN Ó PROBLEMA RELACIONADO CON SU HISTORIA MEDICA QUE NO HA SIDO MENCIONADO? SI \_\_\_ NO \_\_\_  
 SI CONTESTO "SI", POR FAVOR EXPLIQUE: \_\_\_\_\_

¿TIENE ALGUNA INFORMACIÓN ADICIONAL QUE DEBA SABER SU DENTISTA? \_\_\_\_\_

MUJERES:  
 ¿ESTA EMBARAZADA? SI \_\_\_ NO \_\_\_  
 ¿TOMA ANTICONCEPTIVOS ORALES? SI \_\_\_ NO \_\_\_

**FIRMA DEL PACIENTE (Padre ó tutor si el paciente es un menor)**

**FECHA**

\*For office use only\*

FOR DOCTOR / HYGIENIST: MEDICAL ALERT RECOMMENDED? YES \_\_\_ NO \_\_\_ IF YES, PLACE STICKER IN CHART AND ON CHART COVER

DATE	INTERVIEWERS NOTES

**Información de Materiales Dentales**  
**Aceptación y Recibo de Información de Practicas de Privacidad/  
Consentimiento Para el Uso y Declaración de Información de Salud**

Los materiales mas comúnmente usados en odontología restaurativa son oro, porcelana, compuestos, y amalgama. Cada uno tiene sus ventajas, desventajas, riesgos y beneficios. Cada material restaurativo contiene algunos ingredientes que pueden excluir su uso en algunos pacientes que tienen alergias u otras necesidades especiales. La información contenida en esta pagina es con el proposito de proponer un intercambio de opiniones entre el paciente y el dentista en la selección de los materiales dentales mas adecuados para la salud de el paciente. Esta pagina no tiene la intención de servir como guía completa de ciencia de materiales dentales. Amalgama dental, usado como material dental restaurativo primario por mas de 150 años, esta compuesto de numerosos metales mezclados juntos en varios porcentajes (43 a 54 por ciento mercurio líquido y de 46 a 57 por ciento de mezcla en polvo). El componente de el mercurio permite que los otros metales en la mezcla en polvo (en su mayor parte plata, cobre, y estano) formen el “amalgama”. Aunque el mercurio elemental ha sido conocido como una sustancia tóxica, se cree que una vez que es ligado a los materiales en la amalgama, pierde su toxicidad. Estudios recientes han mostrado que cantidades diminutas de mercurio pueden escaparse de el relleno de amalgama y pueden ser absorbidos por el cuerpo durante la colocación, el ajuste o al masticar con fuerza. La preponderancia de evidencia científica, hasta la fecha, no ha mostrado que la exposición al mercurio de una restauración de amalgama posa un riesgo para la salud, excepto por un numero pequeño de pacientes alérgicos ó sensibles.

Rellenos de resina blancos se han convertido en una alternativa aceptable para amalgamas dentales cuando son usados apropiadamente. Compuestos incluyen numerosos elementos como dimethacrylates, compuesto de bisphenol y beryllium. Algunos elementos contenidos en los compuestos han sido determinados tóxicos y carcinogénicos. Puesto que el uso de los compuestos como material restaurativo es relativamente nuevo, estudios científicos no han aun determinado la duración de los beneficios o riesgos involucrados. Sin embargo, los compuestos están aumentando la aceptación como material restaurativo. A diferencia de los materiales restaurativos antes mencionados, estudios no han descubierto riesgos a la salud que prevengan de materiales restaurativos de oro ó porcelana (aparte de alergias). Sin embargo, algunos metales no preciosos usados en lugar de oro ó porcelana han sido conocidos como la causa de sensibilidades y alergias en un pequeño porcentaje de pacientes. Pacientes deben estar concientes de los riesgos al seleccionar estas opciones. Materiales restaurativos tales como compuestos, rellenos de amalgama y coronas, instrumentos de ortodoncia como alambres y soportes, y otros materiales usados en el tratamiento dental contienen químicos conocidos por el Estado de California como causantes de cáncer, defectos de nacimiento, u otro dano al sistema reproductor.

He leído y comprendido esta información. He recibido una copia de los factores de materiales dentales del estado de California.

He recibido una copia del informe de prácticas de privacidad de esta oficina. Estoy dando mi consentimiento para el uso de la información de mi salud para llevar a cabo el tratamiento, pagos y actividades de operación de la oficina.

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

## INFORMACIÓN DE CONSENTIMIENTO

### Coronas, Puentes Fijos y Rellenos

Coronas dentales son piezas artificiales con las que se protegen los dientes. Pueden restaurar dientes a su tamaño normal. Una corona puede ayudar con apariencia y a la vez fortalecer el diente.

Un puente permanente ó fijo esta diseñado para reemplazar dientes que han sido extraídos. Dientes que faltan podrían necesitar ser reemplazados por apariencia, para prevenir ó corregir la oclusión, para prevenir problemas de encia relacionados con dientes dañados, y para mejorar la eficiencia al masticar.

Algunas veces no es necesario que una corona cubra el diente por completo, y solo se requiera un relleno de oro, plata ó porcelana.

Coronas dentales y puentes fijos son hechos de porcelana y usualmente tienen una capa interior de metal. Algunas podrían ser de metal solamente. Una corona puede ser recomendada para dientes que tienen rellenos con caries grandes ó profundas.

Un relleno de plata ó amalgama dental es una sustancia compuesta de plata, tin, copper, zinc, y mercurio. Rellenos de plata podrían obscurecer, cambiar de color ó fracturar dientes. Pueden ser recomendados para restaurar caries pequeñas o medianas. Rellenos de amalgama contienen un elemento químico conocido por el estado de California que causa defectos de nacimiento u otro daño reproductivo.

Rellenos de oro y coronas de oro, contienen en su mayoría oro. No obscurecen ni cambian el color del diente. Generalmente no se quiebran ó fracturan pero ocasionalmente podrían desprenderse. Pueden ser recomendados para restaurar caries pequeñas, grandes ó dientes dañados.

Rellenos blancos generalmente están hechos de un material llamado “composite”. Podrían ser usados en caries pequeñas que no se encuentran bajo la encia.

Por ser más compatible y para un terminado a una mejor perfección, el metal precioso u oro son usualmente recomendados como el mejor material para la capa interior en coronas de porcelana. La mayoría de seguros dentales tienen un copago adicional si se usa el metal precioso u oro. La mayoría de seguros dentales tienen un copago adicional por su uso en muelas. En su estimado se han incluido los costos adicionales por el uso de metal precioso, oro ó porcelana en muelas si es aplicable.

Como con todos los procedimientos, puede haber problemas futuros asociados con coronas, puentes fijos y rellenos, que son (pero no están limitados a los siguientes):

1. **Tratamiento de la raíz.** Los efectos de carie acumulada, rellenos y fracturas en los dientes podrían requerir tratamiento de la raíz. La necesidad de tratamiento de la raíz puede ser notada durante la preparación de una corona, o después que la corona haya sido hecha. Algunas veces aun después del tratamiento de la raíz el diente podría necesitar ser extraído.
2. **Enfermedad periodontal** puede ocurrir a cualquier edad, existan o no rellenos, coronas ó puentes fijos en la boca. Generalmente estos no causan o evitan la enfermedad de encia.
3. **Fracturas** en la porcelana ó el diente podrían ocurrir después de hacer el tratamiento. Fracturas pequeñas pueden ser reparadas, fracturas grandes pueden necesitar una nueva corona, puente fijo ó extracción del diente.
4. **Líneas oscuras en el borde de la encia** pueden aparecer en coronas ó puentes fijos. Esto es la orilla metal de la corona. Si la encia se reduce después que la corona haya sido cementada, el metal se podría notar. Algunas veces esto puede ser corregido y otras, una nueva corona ó puente pueden ser necesarios.
5. **Reparación de caries** aun después de ser colocado un relleno las caries podrían reaparecer. Esto puede ser corregido con un nuevo relleno, puente ó corona. A veces, una extracción puede ser requerida.
6. **Acumulación de comida** puede ocurrir bajo un puente. Esta condición puede ser inevitable. Un cuidado esmerado en casa es requerido.

**He leído y entendido esta información.**

---

**FIRMA DEL PACIENTE**  
(Padre ó tutor si es un menor)

---

**FIRMA DEL DOCTOR**

---

**FECHA**