

# BIENVENIDOS A DIENTES

*¡Los beneficios de una sonrisa saludable son incontables! Ayudarle a mantener la mejor salud oral es nuestra misión. Favor de llenar los formularios completamente. Al comunicarnos mejor le brindamos una mejor ayuda.*

## INFORMACIÓN PERSONAL

NOMBRE: \_\_\_\_\_  
Apellido                      Nombre                      Segundo

Domicilio: \_\_\_\_\_  
Calle

\_\_\_\_\_  
Ciudad                      Estado                      Código Postal

\_\_\_\_\_  
Teléfono                      Teléfono Trabajo                      Mensajes

\_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento                      Lugar de Nacimiento  
(Ciudad Estado)

\_\_\_\_\_  
Número de Seguro Social                       Hombre                       Mujer

**EL PAGO COMPLETO SE ESPERA EN EL MOMENTO DE CADA CITA**

**¿Cómo va a pagar hoy?**

**Dinero efectivo** \_\_\_\_\_ **Cheque** \_\_\_\_\_ **Tarjeta de crédito** \_\_\_\_\_

*La siguiente información es **opcional**. Dientes Community Dental Care es una organización sin fines de lucro. La siguiente información se nos pide recopilar para fines de distintas subvenciones que nos permiten seguir prestando atención dental de calidad y a precios bajos. Agradecemos su cooperación para contestar las preguntas siguientes. Si tiene dudas, pregunte a la recepcionista.*

## EMPLEO

Empleador: \_\_\_\_\_

Desempleado                       Trabajador del campo                       Veterano

## RAZA E IDIOMA

Caucásico/Blanco                       Hawaiano  
 Hispano o latino                       Isleño del Pacífico  
 Afro-americano                       Asiático  
 Indio americano o esquimal

¿Cuál es su idioma materno? \_\_\_\_\_

## INFORMACIÓN DE SEGURO

# de Dential \_\_\_\_\_

# de Healthy Families \_\_\_\_\_

EIP                       Homeless Project

Otro \_\_\_\_\_

## INFORMACIÓN DE EMERGENCIA

*En caso de emergencias, llamar a...*

\_\_\_\_\_  
Nombre

\_\_\_\_\_  
Parentesco

\_\_\_\_\_  
Teléfono

## TIPO DE VIVIENDA

- Rento solo
- Rento con otras personas
- Tengo casa propia
- Me estoy quedando con amigos /o familiares por menos de seis meses
- Rento cuarto de Hotel
- Me quedo en un refugio o programa
- Participo en un programa de viviendas transitorias
- Me quedo en mi auto, campamento o en las calles

## INFORMACIÓN DE REGISTRO DEL PACIENTE

## EXPEDIENTE MEDICO CONFIDENCIAL

Nombre de paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

### I. CIRCULE LA RESPUESTA PERTINENTE ( No conteste si no entiende la pregunta)

- |   |    |    |  |
|---|----|----|--|
| 1 | Si | No | ¿Está bien su salud general?<br>Si es NO, explique _____   |
| 2 | Si | No | ¿Ha habido un cambio en su salud durante el año pasado?<br>Si es SI, explique _____  |
| 3 | Si | No | ¿Ha ido al hospital o al la sala de emergencia o sufrido una enfermedad grave en los últimos tres años?<br>Si es SI, explique _____  |
| 4 | Si | No | ¿Ahora está bajo tratamiento de un médico? Si es SI, explique _____<br>¿Fecha de su último examen médico? _____ Razón por el examen _____  |
| 5 | Si | No | ¿Ha tenido problemas con tratamientos dentales anteriores?<br>Si es SI, explique _____<br>¿Fecha de su último examen dental? _____ Nombre del último dentista que le atendió _____ |
| 6 | Si | No | ¿Está padeciendo algún dolor ahora?<br>Si es SI, explique _____  |

### II. ¿HA EXPERIMENTADO CUALQUIERA DE LAS AFECCIONES SIGUIENTES? (Por favor circule)

|                                     |                                 |                                   |
|-------------------------------------|---------------------------------|-----------------------------------|
| Dolor del pecho (Angina)            | Sangre en el excrementos        | Vomito frecuente                  |
| Mareos                              | Oterocoa                        | Dificultad al tragar              |
| Reciente baja de peso significativa | Orina frecuente                 | Boca seca                         |
| Fiebre                              | Dificultad al orinar            | Sed excesiva                      |
| Sudores nocturnos                   | Le zumban los oídos             | Tobillos hinchados                |
| Tos persistente                     | Dolores de cabeza               | Dolor o rigidez de las coyunturas |
| Tose sangre                         | Sensación de mareos             | Falta de aliento                  |
| Problemas de sangrar                | Vista borrosa                   | Problemas de sinusitis            |
| Sangre en la orina                  | Se le hace moretones fácilmente |                                   |

### III. ¿PADECE O HA PADECIDO CUALQUIERA DE LAS SIGUIENTES AFECCIONES? (Por favor circule)

|   |   |                                       |
|---|---|---------------------------------------|
| Enfermedad cardiaca                       | SIDA/VIH                                      | Atención siquiátrica                  |
| Historial familiar de enfermedad cardíaca | Cirugía                                       | Osteoporosis                          |
| Ataque cardíaco                           | Hospitalización                               | Enfermedad de tiroides                |
| Coyuntura artificial                      | Diabetes                                      | Asma                                  |
| Problemas estomacales o ulceras           | Historia familiar de diabetes                 | Hepatitis                             |
| Defectos del corazón                      | Tumores o cáncer                              | Enfermedades transmitidas sexualmente |
| Soplo cardíaco                            | Quimioterapia                                 | Herpes                                |
| Fiebre reumática                          | Radiación                                     | Úlceras o juegos en la boca           |
| Enfermedad de la piel                     | Artritis, reumatismo                          | Anemia                                |
| Endurecimiento de las arterias            | Enfisema u otras enfermedades de los pulmones |                                       |
| Enfermedad del hígado                     | Alta presión sanguínea                        | Enfermedad del riñón o vejiga         |
| Enfermedad de los ojos                    | Ataques                                       | Derrame cerebral                      |
| Transplante de órganos                    | Cirugía cosmética                             | Trastornos alimenticios               |

**Tuberculosis:** ¿Está todavía activa? \_\_\_\_\_ ¿Está bajo tratamiento? \_\_\_\_\_ ¿Recibi ó tratamiento en el pasado? \_\_\_\_\_

### IV. ¿ES ALÉRGICO(A) O HA TENIDO ALGUNA RECCIÓN A ALGUNA DE LA SIGUIENTE MEDICINA? (Por favor circule)

|   |              |              |
|---|--------------|--------------|
| Aspirina                                | Valium       | Tetraciclina |
| Darvon                                  | Demerol      | Vicodin      |
| Codeine                                 | Penicilina   | Percodan     |
| Anestésico oral (Novacaine o Lidocaine) | Látex        | Comida       |
| Oxido nitroso                           | Erythromycin | Metal        |
| Otros: _____                            |              |              |

### V. ¿ESTÁ TOMANDO O HA TOMADO CUALQUIERA DE LO SIGUIENTES EN LOS TRES MESES? Por favor circule)

|                                   |                           |                |
|-----------------------------------|---------------------------|----------------|
| Drogas recreativas                | Tabaco en cualquier forma | Antibióticos   |
| Medicinas que no necesitan receta | Alcohol                   | Complementos   |
| Medicina para bajar de peso       | Bifosnatos (Fosamax)      | Aspirina       |
| Antigregante(adelgazar la sangre) | Digitales                 | Nitroglicerina |
| Por favor enumere: _____          |                           |                |

EXPEDIENTE MEDICO CONFIDENCIAL

VI. SÓLO MUJERES

- Si No ¿Podría estar embarazada?  
Si sí, ¿qué mes? \_\_\_\_\_
- Si No ¿Está amamantando?
- Si No ¿Está usando anticonceptivos orales (pastillas)?  
(Es importante que entienda que los anticonceptivos {y algunos otro medicamentos} pueden interferir con la eficacia de los anticonceptivos orales. Por tanto, necesitará usar otro métodos de control de natalidad por un periodo completo de pastillas anticonceptivas, después que haya terminado con el uso de antibióticos u otros medicamentos. Por favor consulte su médico para orientación adicional.

VII. TODOS LOS PACIENTES

- Si No ¿Tiene o ha tenido alguna enfermedad o problemas médicas que NO estan enumeradas en este formulario? Si SI, explique: \_\_\_\_\_
- Si No ¿Ha alguna vez ha recibido medicamento antes de recibir tratamiento dental??  
Si SI, ¿por que?: \_\_\_\_\_
- Si No ¿Ha alguna vez ha tomado Fen-phen? Si SI, ¿cuándo?: \_\_\_\_\_
- Si No **¿Tiene algún problema o afección que le gustaria discutir con su dentista en privado?**

*La práctica dental implica el tratamiento de toda la persona. Si el dentista decide que existe la posibilidad de una situación médica pudiera ser peligrosa puede necesitar consulta médica antes del inicio del tratamiento dental.*

*Autorizo al dentista a comunicarse con mi médico.*

Firma del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Nombre del médico \_\_\_\_\_ Núm de teléfono \_\_\_\_\_

Certifico que he leído y entiendo este formulario. A mi leal saber, he contestado todas las preguntas en su totalidad y correctamente. Le informaré a mi dentista si hay algun cambio en mi salud o medicamentos. Además, no responsabilizaré a mi dentista, o a ningun otro miembro de su personal, por cualquier error u omisión que you pudiera hacer all llenar este formulario

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente(Padre o tutor)                      Fecha                      Firma del dentista                      Fecha

**ACTUALIZACIONES MÉDICAS**

**He examinado me Expediente Médico y confirmo que contiene correctamente afecciones pasadas y presentes.**

| FECHA | FIRMA DE PACIENTE | CAMBIOS A SU EXPEDIENTE DE SALUD | DENTISTA INICIALES |
|-------|-------------------|----------------------------------|--------------------|
| _____ | _____             | _____                            | _____              |
| _____ | _____             | _____                            | _____              |
| _____ | _____             | _____                            | _____              |
| _____ | _____             | _____                            | _____              |
| _____ | _____             | _____                            | _____              |
| _____ | _____             | _____                            | _____              |
| _____ | _____             | _____                            | _____              |
| _____ | _____             | _____                            | _____              |

## ***Bienvenidos a Dientes***

Esperamos que su visita sea una experiencia placentera.  
Aquí tiene cómo opera nuestra clínica

**Quiénes somos:** Dientes es una organización privada sin fin de lucro. No somos una clínica gubernamental ni somos propiedad de un dentista particular. Una junta directiva compuesta por voluntarios es responsable por la operación y el financiamiento de la clínica.

**Nuestra misión:** Crear salud oral duradera para los niños y adultos del Condado de Santa Cruz y las comunidades aledañas que generalmente no reciben atención dental.

### **Quiénes reúnen los requisitos para usar Dientes:**

- Las personas que tienen seguros públicos tales como Medi/Denti-Cal, Healthy Families o Healthy Kids.
- Las personas remitidas por programas especiales, como son Homeless Persons Health Project (Programa de Salud para Personas Indigentes), E.I.P, etc.
- Las personas con escasos recursos. Definimos de escasos recursos a las personas cuyo ingreso no es más de lo doble del Nivel federal de pobreza (Véase las Pautas de ingreso). Necesitaremos comprobar el ingreso con documentos tales como la declaración de impuestos sobre la renta, talones de cheque, cheque de desempleo, determinación de discapacidad o cheque de seguro social.
- Las personas sin seguro de aseguradoras particulares.

**Qué hacemos:** Brindamos servicios dentales básicos tales como: exámenes, rayos x, limpiezas, tratamientos de fluoruro, empastes, coronas, dentaduras, algunos conductos radiculares y tratamiento de urgencias. No proveemos: ortodoncia, cirugía de las encías, extracciones y conductos radiculares complejos u odontología cosmética. Lo remitiremos a especialistas para estos tratamientos.

**Condiciones de pago:** Nuestra política de pago es que se deberá pagar al recibir la atención dental.

**Nuestra política de citas:** Atendemos a los pacientes con cita previa, de la misma manera que otros despachos privados.

- No se permite que los niños acompañen a los padres a un adulto a la cita.
- Requerimos que se llegue a tiempo.
- **Es la responsabilidad del paciente confirmar la cita 48 horas antes de ésta.**
- Puede confirmar la cita durante horas hábiles o dejar un recado en nuestro correo de voz en funcionamiento las 24 horas del día.
- Si no confirma la cita podría perder su cita programada.
- Si falta a 2 citas programadas en un plazo de seis meses sin dejarnos saber debidamente, le daremos sus citas a otras personas que son más fiables y lo tenemos que poner en una probación de 6 meses. **Si falta otra cita después de estar en período de probación sera despedido de nuestra clinica.**

**Respeto mutuo:** Estamos dedicados a proveerle odontología de alta calidad de una manera profesional, cortés y respetuosa. Esperamos que usted brinde la misma cortesía y respeto a nuestros empleados. **Si no cumple con estas normas, tenemos el derecho de negar servicios a cualquier paciente. Si tiene alguna preocupación acerca de su tratamiento dental, puede presentar tal preocupación por escrito y se lidiara con ésta como sea pertinente. El personal de la recepción le proveerá el formulario necesario. También tenemos una encuesta de satisfacción del paciente para que nos otorgue sus comentarios.**

He leído esta hoja y entiendo cómo opera la clínica Dientes.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha