



# Formulario de antecedentes médicos/odontológicos para pacientes adultos

## PACIENTE

Fecha \_\_\_\_\_

Apellido del paciente \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ Segundo nombre \_\_\_\_\_

Tratamiento Sr. Sra. Srta. Dr. Otro \_\_\_\_\_ Prefiero que me llamen \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Sexo  Masculino  Femenino N.º de seguro social \_\_\_\_\_

Estado civil  Soltero/a  Casado/a  Separado/a  Divorciado/a  Viudo/a

Domicilio particular \_\_\_\_\_ Ciudad, Estado, Código postal \_\_\_\_\_

Teléfono particular ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Teléfono celular ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Teléfono laboral ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Dirección (direcciones) de correo electrónico \_\_\_\_\_

Ocupación \_\_\_\_\_ Empleador \_\_\_\_\_

## FAMILIAR MÁS CERCANO

Nombre(s) del cónyuge o de los familiares más cercanos \_\_\_\_\_

Tratamiento Sr. Sra. Srta. Dr. Otro \_\_\_\_\_ Relación con el paciente \_\_\_\_\_

Domicilio (si es diferente del domicilio del paciente) \_\_\_\_\_

Teléfono particular (si es diferente) ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Teléfono celular ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Teléfono laboral ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

## ODONTÓLOGO

Odontólogo del paciente \_\_\_\_\_ Dirección, Ciudad, Estado \_\_\_\_\_

Última visita \_\_\_\_\_ Motivo \_\_\_\_\_ Próxima cita \_\_\_\_\_

Otros odontólogos/especialistas odontológicos que esté visitando actualmente: Nombre \_\_\_\_\_ Ciudad, Estado \_\_\_\_\_

Motivo \_\_\_\_\_

## MÉDICO

Médico del paciente \_\_\_\_\_ Ciudad, Estado \_\_\_\_\_

Última visita \_\_\_\_\_ Motivo \_\_\_\_\_ Próxima cita \_\_\_\_\_

Examen físico más reciente \_\_\_\_\_

Otros médicos/proveedores de atención médica que esté visitando actualmente:

Nombre \_\_\_\_\_, Ciudad, Estado \_\_\_\_\_

Motivo \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_, Ciudad, Estado \_\_\_\_\_

Motivo \_\_\_\_\_

## INFORMACIÓN GENERAL

¿Qué le preocupa de sus dientes? \_\_\_\_\_

¿Quién sugirió que podría necesitar tratamiento de ortodoncia? \_\_\_\_\_

¿Por qué seleccionó nuestro consultorio? \_\_\_\_\_

¿Ha tenido algún tratamiento de ortodoncia anterior? Describa por favor. \_\_\_\_\_

¿Ha recibido tratamiento alguno de sus familiares en este consultorio? Indique sus nombres. \_\_\_\_\_

¿Cree que alguna de sus actividades laborales o recreativas afecta sus dientes o su mandíbula? Explique por favor. \_\_\_\_\_

## RESPONSABILIDAD FINANCIERA

¿Quién es el responsable financiero de esta cuenta? \_\_\_\_\_

Domicilio (si es diferente del mencionado en la página 1) \_\_\_\_\_ Ciudad, Estado, Código postal \_\_\_\_\_

Teléfono particular ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Teléfono celular ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Dirección (direcciones) de correo electrónico \_\_\_\_\_

N.º de seguro social \_\_\_\_\_ Empleador \_\_\_\_\_

## SEGURO DENTAL

Nombre completo del titular primario de la póliza \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

N.º de seguro social \_\_\_\_\_ Relación con el paciente \_\_\_\_\_

Domicilio y teléfono (si no se indicaron anteriormente) \_\_\_\_\_

Empleador \_\_\_\_\_ Domicilio \_\_\_\_\_

Compañía de seguros \_\_\_\_\_ N.º de grupo \_\_\_\_\_ N.º de ID \_\_\_\_\_

¿Tiene esta póliza beneficios de ortodoncia?  Sí  No  No sé

Nombre completo del titular secundario de la póliza \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

N.º de seguro social \_\_\_\_\_ Relación con el paciente \_\_\_\_\_

Domicilio y teléfono (si no se indicaron anteriormente) \_\_\_\_\_

Empleador \_\_\_\_\_ Domicilio \_\_\_\_\_

Compañía de seguros \_\_\_\_\_ N.º de grupo \_\_\_\_\_ N.º de ID \_\_\_\_\_

¿Tiene esta póliza beneficios de ortodoncia?  Sí  No  No sé

## SEGURO MÉDICO

Nombre completo del titular de la póliza \_\_\_\_\_

Compañía de seguros \_\_\_\_\_

**Sus respuestas solo son para los registros del consultorio y son confidenciales. Es fundamental tener antecedentes médicos minuciosos para completar una evaluación ortodóncica completa.**

Para las preguntas siguientes, marque Sí, No o No sé/No entiendo.

## ANTECEDENTES MÉDICOS

**Ahora o en el pasado, indique si ha tenido:**

- Sí No No sé/No entiendo
- Defectos de nacimiento o problemas hereditarios.
- Fracturas o lesiones graves.
- Cualquier herida en el rostro, la cabeza o el cuello.
- Artritis o problemas en las articulaciones.
- Problemas endocrinos o de tiroides.
- Diabetes o bajo nivel de azúcar.
- Problemas renales.
- Cáncer, tumores, tratamiento de radiación o quimioterapia.
- Úlcera estomacal, hiperacidez, reflujo ácido.
- Problemas del sistema inmunitario.
- Antecedentes de osteoporosis.
- Gonorrea, sífilis, herpes, enfermedades de transmisión sexual.
- SIDA o VIH positivo.
- Hepatitis, ictericia u otros problemas hepáticos.
- Polio, mononucleosis, tuberculosis, pulmonía.
- Convulsiones, desvanecimientos, problemas neurológicos.
- Perturbaciones mentales o depresión.
- Problemas visuales, auditivos o del habla.
- Antecedentes de trastornos alimenticios (anorexia, bulimia).
- Hipertensión o hipotensión.
- Sangrado excesivo o moretones, anemia.
- Dolor en el pecho, falta de aliento, tobillos hinchados o se cansa fácilmente.
- Defectos cardíacos, soplo cardíaco, enfermedad cardíaca reumática.
- Angina, arteriosclerosis, accidente cerebrovascular o ataque cardíaco.
- Trastorno de la piel (además del acné común).
- Una dieta bien equilibrada.
- Dolores de cabeza o migrañas frecuentes.
- Resfríos e infecciones frecuentes en la garganta y los oídos.
- Asma, problemas sinusales, fiebre del heno.
- Afección en las amígdalas o las adenoides.
- ¿Respira por la boca con frecuencia?

**¿Ha tenido alergias o reacciones a cualquiera de los siguientes elementos?**

- Sí No No sé/No entiendo
- Anestésicos locales (novocaína, lidocaína, xilocaína).
- Látex (guantes, globos).
- Aspirina.
- Metales (joyas, broches a presión para la ropa).
- Penicilina.
- Otros antibióticos.
- Ibuprofeno (Motrin, Advil).
- Acrílicos.
- Polen de las plantas.
- Animales.
- Alimentos.
- Otras sustancias \_\_\_\_\_.

## ANTECEDENTES DENTALES

**Ahora o en el pasado, indique si ha tenido:**

- Sí No No sé/No entiendo
- Extracción de dientes permanentes o supernumerarios.
- Dientes supernumerarios o faltantes de manera congénita.
- Dientes primarios o permanentes rotos o dañados.
- Dientes sensibles o adoloridos.
- Encías sangrantes, gusto desagradable u olor en la boca.
- Fracturas, quistes o infecciones en la mandíbula.
- Tratamientos de conducto o pulpotomías en alguno de los dientes.
- "Flemones dentarios", llagas gangrenosas frecuentes o herpes labial.
- Antecedentes de problemas del habla o tratamientos para el habla.
- Dificultades para respirar por la nariz.
- Acumulación anormal de alimentos entre los dientes.
- El hábito de respirar por la boca o roncar de noche.
- Hábitos orales frecuentes (chuparse el dedo, masticar el bolígrafo, etc.).
- Dientes que provocan irritación en los labios, las mejillas o las encías.
- Anormalidades al tragar anormal (protusión de la lengua).
- Dientes que rechinan o se tensionan.
- Chasquidos o bloqueo en las articulaciones de la mandíbula.
- Dolor en los músculos de la mandíbula o del rostro.
- Zumbidos en los oídos, dificultad para masticar o abrir la mandíbula.
- Tratamiento por problemas o disfunciones de la articulación temporomandibular.
- Alguna tapadura (empaste) rota o perdida.
- Algún problema grave asociado con un tratamiento odontológico anterior.
- Un diagnóstico de enfermedad de las encías o piorrea.
- Una consulta o un tratamiento de ortodoncia antes de ahora.

## INFORMACIÓN DE SALUD DEL PACIENTE

Incluya cualquier medicamento, suplemento nutricional, medicamento a base de hierbas o medicamento de venta libre que tome.

Medicamento \_\_\_\_\_ Tomado para \_\_\_\_\_

Medicamento \_\_\_\_\_ Tomado para \_\_\_\_\_

Medicamento \_\_\_\_\_ Tomado para \_\_\_\_\_

¿Alguna vez ha tomado algún medicamento para fortalecer sus huesos? Describa por favor. \_\_\_\_\_

¿Toma antibióticos antes de cualquier procedimiento odontológico? \_\_\_\_\_

¿Tiene o alguna vez ha tenido un problema de drogadicción? \_\_\_\_\_

¿Masca o fuma tabaco? \_\_\_\_\_

¿Ha advertido algún cambio en su rostro o mandíbula? \_\_\_\_\_

¿Otros problemas físicos? \_\_\_\_\_

¿Con qué frecuencia se cepilla? \_\_\_\_\_ ¿Con qué frecuencia usa el hilo dental? \_\_\_\_\_

Mujeres: ¿Está embarazada?  Sí  No

¿Está intentando quedar embarazada?  Sí  No

## ANTECEDENTES MÉDICOS FAMILIARES

¿Alguna vez sus padres o hermanos tuvieron alguno de los siguientes problemas de salud? Si es así, explique. \_\_\_\_\_

Trastornos hemorrágicos \_\_\_\_\_ Diabetes \_\_\_\_\_

Artritis \_\_\_\_\_ Alergias graves \_\_\_\_\_

Problemas odontológicos poco comunes \_\_\_\_\_ Desequilibrio en el tamaño de la mandíbula \_\_\_\_\_

¿Otras afecciones médicas familiares? \_\_\_\_\_

## DIVULGACIÓN Y EXENCIÓN

**Autorizo la divulgación de cualquier información con respecto a mi tratamiento de ortodoncia a mi compañía de seguro médico y/o dental.**

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

**He leído las preguntas antes mencionadas y las entiendo. No haré responsable a mi ortodoncista ni a ningún miembro de su personal de cualquier error u omisión que haya realizado al completar este formulario. Notificaré a mi ortodoncista sobre cualquier cambio en mi salud médica u odontológica**

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

## ACTUALIZACIONES O CAMBIOS EN LOS ANTECEDENTES MÉDICOS

Cambios \_\_\_\_\_

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

Firma del personal de odontología \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Cambios \_\_\_\_\_

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

Firma del personal de odontología \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Cambios \_\_\_\_\_

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

Firma del personal de odontología \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_



Dr. H. Derick Phan D.D.S., C.A.G.S

**San Jose Office**

150 N. Jackson Ave. Suite 211  
San Jose CA 95116  
Tel. (408)251-7901

**Palo Alto Office**

750 Welch Rd. #102  
Palo Alto, CA 94304  
Tel. (650)325-2496

Fax (408) 251-0991

**PHANORTHODONTICS.COM**

## AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Form 14-200F3

**ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO LA INFORMACIÓN SOBRE SU SALUD PUEDE SER UTILIZADA Y REVELADA Y COMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN POR FAVOR LEA CUIDADOSAMENTE.**

**LA PRIVACIDAD DE SU INFORMACIÓN DE SALUD ES IMPORTANTE PARA NOSOTROS**

### NUESTRO DEBER LEGAL

Estamos obligados por la ley federal y estatal aplicable a mantener la privacidad de su información médica. También estamos obligados a darle este aviso sobre nuestras prácticas de privacidad, nuestras obligaciones legales y sus derechos con respecto a su información médica. Debemos seguir las prácticas de privacidad descritas en este Aviso mientras esté en vigor. Este Aviso entra en vigencia el 14 de abril de 2003 y permanecerá en vigor hasta que lo reemplacemos.

Nos reservamos el derecho de cambiar nuestras prácticas de privacidad y los términos de este aviso en cualquier momento, siempre y cuando dichos cambios sean permitidos por la ley aplicable. Nos reservamos el derecho de hacer los cambios en nuestras prácticas de privacidad y los nuevos términos de nuestro Aviso sean aplicables a toda la información médica que mantenemos, incluyendo la información de salud creada o recibida antes de hacer los cambios. Antes de hacer un cambio significativo en nuestras prácticas de privacidad, cambiaremos este Aviso y tendremos el nuevo Aviso disponible bajo petición.

Usted puede solicitar una copia de nuestro aviso en cualquier momento. Para obtener más información acerca de nuestras prácticas de privacidad, o para obtener copias adicionales de este Aviso, por favor póngase en contacto con nosotros usando la información que aparece al final de este aviso.

### USOS Y REVELACIONES DE INFORMACIÓN DE SALUD

Podemos utilizar y divulgar su información de salud para tratamiento, pago y operaciones de atención médica. Por ejemplo:

**Tratamiento:** Podemos usar o revelar su información de salud a un dentista u otro profesional de la salud que proporciona tratamiento a usted.

**Pago:** Podemos usar y divulgar su información médica para obtener el pago por los servicios que le brindamos.

**Operaciones de atención médica:** Podemos usar y divulgar su información de salud en relación con nuestras operaciones de atención médica. Operaciones de atención médica incluyen la evaluación de calidad y actividades de mejora, revisión de la competencia o cualificación de los profesionales de la salud, la evaluación de idoneidad, práctica y desempeño de los proveedores, la realización de programas de formación de acreditación, certificación, concesión de licencias o las actividades de acreditación.

**Su autorización:** Además de nuestro uso de su información de salud para tratamiento, pago o cuidado de la salud que usted puede darnos la autorización escrita para utilizar su información de salud o divulgarla a cualquier persona por cualquier propósito. Si usted nos da una autorización, puede revocarla por escrito en cualquier momento. Su revocación no afectará ningún uso o divulgación permitido por su autorización mientras estuvo vigente. A menos que usted nos dé una autorización por escrito, no podemos usar o revelar su información de salud por cualquier motivo, excepto los que se describen en este aviso.

**Para nuestra familia y amigos:** Debemos divulgar su información de salud a usted, como se describe en la sección de Derechos del Paciente de este aviso. Podemos revelar su información médica a un familiar, amigo u otra persona que sea necesario para ayudar con el cuidado de la salud o con el pago de atención médica para usted, pero sólo si usted acepta que podemos hacerlo.

**Las personas involucradas en el cuidado:** Podemos usar o divulgar información médica para notificar o asistir en la notificación (incluyendo identificar o localizar) un miembro de la familia, su representante personal u otra persona responsable de su cuidado, o su ubicación de su condición general o la muerte. Si ARC presente, entonces antes de su uso o divulgación de su información de salud, le daremos la oportunidad de oponerse a tales usos o revelaciones. En el caso de ustedes, por incapacidad o circunstancias de emergencia, divulgaremos información de salud basada en una determinación usando nuestro juicio profesional que revela sólo información de salud que es directamente relevante a la participación de la persona en su atención médica. También utilizamos nuestro juicio profesional y nuestra experiencia con la práctica común para hacer inferencias razonables de su mejor interés al permitir a una persona recoger los rayos X u otras formas similares de información de salud.

**La comercialización de servicios relacionados con la salud:** No usaremos su salud para la comunicación de marketing sin su autorización por escrito. **Requerido por Ley:** Podemos usar o revelar su información de salud cuando sea requerido para ello por la ley.



Dr. H. Derick Phan D.D.S., C.A.G.S  
**San Jose Office**  
150 N. Jackson Ave. Suite 211  
San Jose CA 95116  
Tel. (408)251-7901

**Palo Alto Office**  
750 Welch Rd. #102  
Palo Alto, CA 94304  
Tel. (650)325-2496

Fax (408) 251-0991

PHANORTHODONTICS.COM

## RECONOCIMIENTO DE RECIBO DEL AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

\*Usted puede negarse a firmar este Reconocimiento \*

Yo, First: \_\_\_\_\_ Last: \_\_\_\_\_, he recibido una copia del Aviso de esta oficina de prácticas de privacidad.

\_\_\_\_\_  
Nombre De la Persona Responsable

\_\_\_\_\_  
Nombre Del Paciente

\_\_\_\_\_  
Firma De la Persona Responsable

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Date

### Para Uso De Oficina

Se intentó obtener el reconocimiento escrito del recibo de nuestro Aviso de prácticas de privacidad, pero no se pudo obtener la confirmación porque:

- Individuo se negó a firmar
- Las barreras de comunicación prohibieron obtener la confirmación
- Una situación de emergencia nos impidió obtener la confirmación
- Otro (Especificar)