



# THE TOOTH PLACE BROWNSVILLE

— Your Dental Home —

## Informacion del paciente (Confidencial)

Nombre \_\_\_\_\_  
SS# \_\_\_\_\_  
Fecha De Nacimiento \_\_\_\_\_  
Domicilio \_\_\_\_\_  
Ciudad \_\_\_\_\_  
Estado/Codigo Postal \_\_\_\_\_

## Principal Responsable

Nombre \_\_\_\_\_  
Relacion al Padre \_\_\_\_\_  
SS# \_\_\_\_\_  
Fecha De Nacimiento \_\_\_\_\_  
Ciudad \_\_\_\_\_  
Estado/Codigo Postal \_\_\_\_\_

A quien podemos agradecer por su referencia?

Facebook  Google  Manejando  Otro: \_\_\_\_\_

## Seguro Dental

Nombre de persona responsable de cuenta: \_\_\_\_\_  
Relacion al paciente \_\_\_\_\_  
SS# \_\_\_\_\_  
Fecha De Nacimiento \_\_\_\_\_  
Empleo \_\_\_\_\_  
Compania de Seguro \_\_\_\_\_  
Numero de Referencia \_\_\_\_\_

Si paciente tiene seguro adicional, llene lo siguiente:

Nombre de Asegurado \_\_\_\_\_  
Relacion al Paciente \_\_\_\_\_  
Compania de Seguro \_\_\_\_\_  
Numero de Seguros \_\_\_\_\_

## Numero de Telefonos

Residencia # \_\_\_\_\_ Mobil # \_\_\_\_\_ Empleo # \_\_\_\_\_  
Mejor hora y lugar para localizar \_\_\_\_\_  
Correo Electronico \_\_\_\_\_

## En caso de emergencia, a quien podemos contactar?

Nombre \_\_\_\_\_ Relacion al Paciente \_\_\_\_\_  
Residencia # \_\_\_\_\_ Mobil # \_\_\_\_\_ Empleo # \_\_\_\_\_

## Historia Dental

Razon por la visita de hoy \_\_\_\_\_  
Dentista Previo \_\_\_\_\_ Ultima Visita Dental y Radiografias Previas \_\_\_\_\_

## Reconocimiento del Recibo de *Notice of Privacy Practices*

Yo, \_\_\_\_\_, he recibido una copia de **The Tooth Place's Notice of Privacy Practices.**  
(Nombre del Paciente)  
Firma del Paciente/Guardian \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

## Para uso de oficina solamente (staff will fill out this section if patient's Signature is NOT obtained)

Our office made a good faith effort to obtain the Acknowledgment of Receipt of our *Notice of Privacy Practices*, but it could not be obtained for the following reason: \_\_\_\_\_ Patient Refused to sign  
\_\_\_\_\_ Emergency situation kept us from obtaining the patient's signature  
\_\_\_\_\_ Language barrier kept us from obtaining the patient's signature

# Historia Medica

**NOMBRE DE PACIENTE:** \_\_\_\_\_

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

(SOLAMENTE PARA LA OFICINA)

Aunque para un equipo dental lo primordial es tratar la area dentro y fuera de la boca su boca es parte de su cuerpo. Los problemas medicos que usted pueda tener o algun medicamento que este tomando puede tener una importante relacion con el tipo de tratamiento dental que pueda recibir. Gracias por contestar las siguientes preguntas.

Si marca si, favor de explicar

Esta bajo el cuidado de algun Medico?  Si  No \_\_\_\_\_

Alguna vez ha sido hospitalizado o ha tenido alguna operacion?  Si  No \_\_\_\_\_

Ha tenido un golpe serio en el cuello o la cabeza?  Si  No \_\_\_\_\_

Esta tomando algun medicamento?  Si  No \_\_\_\_\_

Ha tomado o esta tomando Phen-Fen o Redux?  Si  No \_\_\_\_\_

Esta en alguna dieta especial?  Si  No \_\_\_\_\_

Ingiere tabaco?  Si  No \_\_\_\_\_

**Mujeres: Estan** \_\_\_\_\_

Embarzada/Tratando de concebir?  Si  No Tomando anticonceptivos?  Si  No Amamantando?  Si  No

**Es alergico(a) a cualquiera de los siguientes?** \_\_\_\_\_

Aspirina  Penicilina  Codeina  Acrilicos  Metal  Latex  Anestesia Local  Otros Si marco Si, favor de explicar: \_\_\_\_\_

**Tiene o ha tenido alguno de los siguientes?** \_\_\_\_\_

Sida/Vih Positivo	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Cortizona	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Hemofilia	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Dialisis Renal	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
Alzheimer's	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Diabetes	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Hepatitis A	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Fiebre Reumatico*	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
Anaphylaxis	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Addicion A Drogas	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Hepatitis B o C	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Reumatismo	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
Anemia	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Mareos Facilmente	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Herpes	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Escarlatina	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
Angina De Pecho	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Enfisema	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Alta Presion	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Shingles	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
Artritis	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Epilepsia	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Ronchas	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Celuta Faciforme	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
Valvulas Artificiales*	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Sangrado Excesivo	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Hipoglicemia	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Sinusitis	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
Articulaciones Artificiales*	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Sed Excesiva	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Latido Irregular De Corazon	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Spina Bifida	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
Asma	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Desmayos	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Problemas De Rinon	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Enfermedad Intestinal	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
Enfermedad De La Sangre	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Tos Frecuente	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Leucemia	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Embolia	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
Transfucion De La Sangre	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Diarrea Frecuente	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Enfermedad De Higado	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Inflamacion	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
Problemas Respiratorios	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Dolores De Cabeza	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Baja Presion	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Tyroides	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
Moretones Salen Facilmente	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Herpes Genital	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Enfermedad De Pulmon	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Amigdalitis	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
Cancer	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Glaucoma	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Prolapso Valvula Mitral*	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Tuberculosis	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
Quimioterapia	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Fiebre De Heno	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Dolor En Quijada	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Tumores	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
Dolores De Pecho	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Ataque Al Corazon	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Enfermedad Paratiroide	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Ulceras	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
Fuegos	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Soplo En Corazon*	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Cuidado Psiquiatrico	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Enfermedad Venerea	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
Problema De Corazon Congenito	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Marca Pasos*	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Tratamientos De Radiacion	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Ictericia Amarilla	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
Convulsiones	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Problemas De Corazon	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Perdida De Peso Reciente	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No		

Halguna vez ha tenido una enfermedad grave no mencionada arriba?  Si  No Si marca si, favor de explicar: \_\_\_\_\_

**Comentarios:**

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

\*Condicion puede requerir medicamento

Para mi conocimiento, las preguntas en esta forma han sido contestadas correctamente. Entiendo que dar informacion falsa o incorrecta puede causarme o causar problemas con nuestra salud. Es mi responsabilidad informar a esta oficina de cualquier cambio con mi salud.

FIRMA DE PACIENTE O GUARDIAN \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_



# THE TOOTH PLACE BROWNSVILLE

— *Your Dental Home* —

## Autorizacion para Servicio Dental Y Lanzamiento de Registros

Nombre De Paciente: \_\_\_\_\_

Fecha De Nacimiento: \_\_\_\_\_

Porfavor nombre a las personas que usted autorize para traer al paciente a nuestra oficina para sus servicios dentales.

	Nombre	Relacion al Paciente	Numero de Telefono
1			
2			
3			
4			
5			

Porfavor nombre a las personas que usted autorize para acceder los records dental.

	Nombre	Relacion al Paciente	Numero de Telefono
1			
2			
3			
4			
5			

\_\_\_\_\_  
Firma del Guardian

\_\_\_\_\_  
Fecha