



## Información del Paciente

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

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

Dirección \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_ Seguro social # \_\_\_\_\_

Número telefónico \_\_\_\_\_ Celular # \_\_\_\_\_ Trabajo \_\_\_\_\_

Correo electrónico \_\_\_\_\_

Autorizo que me envíen mensajes de texto con información de mis citas. Si / No

Autorizo que me envíen emails con información de la clínica Katy Cypress Oral Surgery. Si / No

Sexo: Hombre Mujer

Estado Civil: Casado/a Soltero/a Divorciado/a Separado/a Viudo/a

Oficina dental que le refirió \_\_\_\_\_

Doctor que le refirió \_\_\_\_\_

Si no le refirió un dentista, ¿a quién le podemos agradecer por referirlo con nosotros? \_\_\_\_\_

## Información de la parte responsable (si es alguien más que no sea el paciente)

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

Dirección \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_ Seguro social # \_\_\_\_\_

Número telefónico \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_ Trabajo \_\_\_\_\_

Correo electrónico \_\_\_\_\_ Relación con el paciente \_\_\_\_\_

El pago del total se debe realizar al momento de la cita programada, a menos que se hayan y acordado arreglos previos a la cita.

Si necesita reprogramar o cancelar su cita, le pedimos que nos notifique al menos 48 horas antes a la cita. De no ser así, se aplicará un cargo de \$50 dls a su cuenta.

## Formulario de historia clínica

Nombre del paciente \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Sexo: Hombre / Mujer

Estatura: \_\_\_\_\_

Peso: \_\_\_\_\_

**Su historia clínica es importante para el tratamiento que va a recibir. Por lo tanto, es importante que responda cada pregunta en su totalidad y honestamente. Encierre con un círculo sus respuestas.**

Describe su estado de salud actual:                      Excelente                      Bueno                      Regular                      Malo

Describe los síntomas que tiene hoy: \_\_\_\_\_

¿Hubo cambios en su salud en general este último año?                      Sí                      No

Si la respuesta es "Sí", describa: \_\_\_\_\_

¿Recibe atención médica por algún problema en particular en este momento?                      Sí                      No

Si la respuesta es "Sí", ¿por qué? \_\_\_\_\_ Fecha del último examen físico \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

¿Alguna vez estuvo hospitalizado o tuvo una enfermedad grave?                      Sí                      No

Si la respuesta es "Sí", ¿por qué? \_\_\_\_\_

### HISTORIA CLÍNICA DEL PACIENTE

¿Tiene, o alguna vez tuvo, lo siguiente?			Sida O VIH Positivo	Sí	No
Enfermedad cardíaca congénita, enfermedad cardiovascular (infarto de miocardio, soplo cardíaco, enfermedad de la arteria coronaria, dolor torácico, presión arterial alta o baja, accidente cerebrovascular (embolia cerebral), latidos cardíacos irregulares, cirugía cardíaca, marcapasos)	Sí	No	Enfermedad pulmonar (asma, enfisema, EPOC, tos crónica, bronquitis, neumonía, tuberculosis, falta de aliento, dolor torácico, tos intensa)	Sí	No
Implantes en algún lugar del cuerpo (válvula cardíaca, marcapasos, cadera, rodilla)	Sí	No	Glaucoma	Sí	No
Enfermedad renal o insuficiencia renal que requiere diálisis	Sí	No	Trastorno del sangrado, anemia, tendencia a hemorragias, transfusión de sangre ¿Le aparecen hematomas con facilidad?	Sí	No
Enfermedad de la tiroides	Sí	No	Enfermedad hepática (ictericia, hepatitis A, B, o C)	Sí	No
Úlceras estomacales o colitis	Sí	No	Diabetes	Sí	No
Crujido, chasquido o dolor en la articulación de la mandíbula o dificultad para abrir la boca	Sí	No	Artritis	Sí	No
Aftas frecuentes o recurrentes en la boca	Sí	No	Pérdida o aumento de peso importante	Sí	No
Radiación en la cabeza o el cuello para el tratamiento del cáncer	Sí	No	Ataques, convulsiones, epilepsia, desmayos o mareos	Sí	No
Cualquier enfermedad, quimioterapia o trasplante ¿Tuvo o tiene cáncer?	Sí	No	Problemas sinusales o nasales	Sí	No
Si la respuesta es "Sí", ¿dónde? _____, ¿y cuál fue la fecha de su último tratamiento? _____			Osteoporosis u osteopenia	Sí	No
¿Tiene alguna otra enfermedad, afección o problema <u>que no aparece en la lista</u> y que cree que el médico debería saber?				Sí	No
Si la respuesta es "Sí", explique: _____					

### ANTECEDENTES MÉDICOS FAMILIARES

¿Tiene antecedentes familiares de alguna de las siguientes enfermedades? Si la respuesta es "Sí", indique el parentesco.

Diabetes	Sí	No	Relación _____	Cáncer	Sí	No	Relación _____
Enfermedad cardíaca	Sí	No	Relación _____	Problemas de sangrado	Sí	No	Relación _____
Tumores	Sí	No	Relación _____	Enfermedad pulmonar	Sí	No	Relación _____

## Formulario de historia clínica

Nombre del paciente \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

### PACIENTES MUJERES

¿Está embarazada o existe alguna posibilidad de que esté embarazada?      Sí      No

### MEDICAMENTOS

¿Está usando alguno de los siguientes medicamentos?

Antibióticos	Sí	No	Aspirina o fármacos como Motrin, Aleve o ibuprofeno	Sí	No
Anticoagulantes (diluyentes de la sangre)	Sí	No	Insulina o fármacos para la diabetes de administración oral	Sí	No
Fármacos para el corazón	Sí	No	Medicamentos para la hipertensión	Sí	No
Esteroides (cortisona, prednisona, etc.)	Sí	No	Fármacos bifosfonatos, antiangiogénicos o antirresortivos para la osteoporosis, mieloma múltiple u otros tipos de cáncer. Si la respuesta es "Sí", indique los fármacos que usa y cuánto hace que los usa.	Sí	No
Agentes para la ansiedad, sedantes-hipnóticos y antidepresivos					
Analgésicos recetados	Sí	No	_____		

Indique cualquier otro medicamento que haya usado o que use actualmente que no aparece en la lista, incluidos medicamentos recetados, fármacos para bajar de peso, medicamentos de venta libre, remedios holísticos o a base de hierbas, vitaminas o minerales:

\_\_\_\_\_

### ALERGIAS

¿Es alérgico o ha tenido una reacción adversa a cualquiera de los siguientes?

Látex	Sí	No	Codeína u otros analgésicos	Sí	No
Productos alimenticios	Sí	No	Aspirina, Motrin, Aleve o ibuprofeno	Sí	No
Sedantes y barbitúricos	Sí	No	Penicilina u otros antibióticos	Sí	No

¿Ha tenido, usted o algún familiar cercano, algún problema con la anestesia local, anestesia general o la sedación por vía intravenosa?

Sí      No      Si la respuesta es "Sí", ¿con qué anestesia? \_\_\_\_\_ ¿Cuál es el parentesco? \_\_\_\_\_

Otras alergias a fármacos que no figuren arriba: \_\_\_\_\_

### ANTECEDENTES SOCIALES

¿Alguna vez fumó o mascó tabaco?      Sí      No

Si la respuesta es "Sí", ¿durante cuánto tiempo? \_\_\_\_\_

¿Alguna vez ha buscado atención profesional o ha estado hospitalizado por lo siguiente?

Drogas	Sí	No
Trastornos emocionales	Sí	No
Alcoholismo	Sí	No

¿Consumo usted lo siguiente?

Alcohol	Sí	No	¿Con qué frecuencia? _____
Marihuana	Sí	No	¿Con qué frecuencia? _____
Drogas recreativas	Sí	No	¿Con qué frecuencia? _____

### ANTECEDENTES ODONTOLÓGICOS

¿Ha tenido algún efecto adverso a causa de un tratamiento odontológico?      Sí      No      Si la respuesta es "Sí", por favor explique \_\_\_\_\_

¿Desea hablar con el médico en privado?      Sí      No



## Formulario de historia clínica

Nombre del paciente \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Entiendo la importancia de la veracidad e integridad de la historia clínica para que mi médico pueda brindar la mejor atención posible.  
A mi leal saber y entender, la información anterior es completa y correcta.**

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente, padre/madre, tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre del paciente, padre/madre, tutor (en letra de imprenta)/Relación

\_\_\_\_\_  
Firma del médico

### ACTUALIZACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA

Fecha

Comentarios

Firma del médico

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

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

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



## **POLÍTICA DE PRIVACIDAD DE HIPAA, FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE**

Entiendo que tengo ciertos derechos de privacidad y protección con respecto a la Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro Médico de 1996 (HIPAA). Entiendo que al firmar esta forma de consentimiento, autorizo que mi información de salud protegida pueda usarse y divulgarse para los siguientes propósitos:

- Tratamiento (incluyendo el tratamiento directo o indirecto de otros proveedores de atención médica involucrados en mi tratamiento)
- Obtención del pago de terceros pagadores (compañía de seguros)
- El día a día de atención médica de esta oficina.

También se me informó y se me otorgó el derecho de revisar una copia fidedigna de el Aviso de prácticas de privacidad, que contiene una descripción más completa de los usos y divulgaciones de mi información protegida de salud y mis derechos bajo la política de privacidad HIPAA. Entiendo que se reserva el derecho de cambiar los términos de este aviso de vez en cuando y que puedo comunicarme con usted en cualquier momento para obtener la copia más actualizada de este aviso.

Entiendo que tengo derecho a solicitar restricciones sobre cómo se usa o divulga mi información médica, para llevar a cabo el tratamiento, pago y otras operaciones de atención médica, pero que no está obligado a aceptar estas las restricciones solicitadas. Sin embargo, si acepta, está obligado a cumplir con esta restricción.

Entiendo que puedo revocar este consentimiento por escrito en cualquier momento. Sin embargo, cualquier uso o divulgación que ocurriera antes de la fecha en que revoque este consentimiento no será afectado.

Fecha \_\_\_\_\_

Nombre del paciente \_\_\_\_\_

Relación con el paciente \_\_\_\_\_

Personas a las que podemos revelar información \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_